

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1930 — N° 28

De la
Dégastroentérostomie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1930

par

PENY, GEORGES

né le 12 Mai 1903, à Deneuvre (Meurthe-et-Moselle)



MEMBRES DU JURY

MM. CABANES, Professeur d'Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.....	Président
COSTANTINI, Professeur de Clinique chirurgicale.....	} Juges.
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).....	
MOGGI, Agrégé (Chirurgie).....	

ALGER
IMPRIMERIE MINERVA
5, Rue Clauzel, 5
1930

De la
Dégastroentérostomie

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 20 Décembre 1930

par

PENY, GEORGES

né le 12 Mai 1903, à Deneuvre (Meurthe-et-Moselle)



MEMBRES DU JURY

MM. CABANES, Professeur d'Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.....	Président
COSTANTINI, Professeur de Clinique chirurgicale.....	Juges.
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).....	
MOGGI, Agrégé (Chirurgie).....	

ALGER
IMPRIMERIE MINERVA
5, Rue Clauzel, 5
1930

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen
Doyen Honoraire
Assesseur

MM. LEBLANC (*, **, I. U).
HERAIL (*, I. U).
GILLOT (I. U).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique
Clinique médicale infantile
Clinique des maladies des pays chauds, des
maladies syphilitiques et cutanées
Clinique chirurgicale
Clinique obstétricale et puériculture du 1^{er}
âge
Clinique chirurgicale infantile et d'ortho-
pédie
Clinique médicale
Histologie et embryologie
Anatomie pathologique
Chimie biologique et médicale
Hygiène, hydrologie et climatologie
Physiologie
Pharmacie
Médecine légale
Anatomie
Microbiologie et cryptogamie
Physique médicale
Anatomie médico-chirurgicale et médecine
opératoire
Parasitologie et zoologie médicale
Chimie minérale, pharmaceutique et toxi-
cologique
Botanique et matière médicale
Pathologie générale et pathologie médicale
Thérapeutique

GANGE (*, I. U).
GILLOT (I. U).
RAYNAUD (*, **, I. U).
COSTANTINI (*, I. U, **).
LAFFONT (*, **, I. U).
LOMBARD (**, I. U).
AUBRY (*, **, I. U).
WEBER (*, **, I. U).
POUJOL (I. U).
MAILLARD (*, I. U).
CHASSEVANT (o. *, o. **, I. U).
TOURNADE (O. *, **, I. U).
MUSSO (I. U).
GIRAUD (O. *, **, I. U).
LEBLANC (*, **, I. U).
PINOY (*, I. U).
PORTES (*, **, I. U).
CABANES (*, **, I. U).
SENEVET (**, A. U).
WUNSCHENDORFF (I. U).
FOURMENT (A. U).
POROT (A. U).
LEBON (*, **, A. U).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (*, I. U).
VINCENT (*, I. U).

MM. HERAIL (*, I. U).
SOULIE (*, I. U).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-
femmes
Clinique d'oto-rhino-laryngologie

MM. FUSTER (*, **, I. U).
ABOULKER (*, **).

AGRÉGÉS

Chirurgie
Médecine
Physiologie
Anatomie
Chimie médicale
Obstétrique
Histologie
Histoire naturelle pharmaceutique



MM. DUBOUCHER (I. U).
FERRARI (I. U).
MOGGI (*).
N...
N...
HERMANN (**, A. U).
RIBET (**, A. U).
N...
HOUEL (*, **, A. U).
COURRIER (**).
N...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Faible témoignage de mon affection,
et de ma reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN
LE LIEUTENANT RENÉ PENY

*Tombé glorieusement au Champ
d'Honneur (Août 1914).*

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. CABANES

Professeur d'Anatomie Médico-Chirurgicale
et de Médecine Opératoire
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

En nous inspirant notre sujet de thèse, il nous a prouvé une fois de plus, sa grande bienveillance.

Nous n'oublierons jamais l'amabilité avec laquelle il nous accueillit dans son service.

Nous garderons longtemps le souvenir de son enseignement vivant et lumineux.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous resterons toujours pour lui, un élève dévoué et respectueux.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTANTINI

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a permis de recueillir
dans son Service deux observations
remarquables.*

*Nous le remercions profondé-
ment, pour l'aide précieuse qu'il
nous a ainsi portée; qu'il trouve ici
l'expression de notre admiration et
de notre respectueuse reconnais-
sance.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FERRARI

Chirurgien des Hôpitaux

*Son affabilité, son enseignement
lumineux nous laisseront un souve-
nir ineffaçable.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOGGI

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qu'il trouve ici l'assurance de
notre profonde et respectueuse re-
connaissance.*

A MES MAITRES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEBON

Professeur de thérapeutique

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUBRY

Professeur de Clinique Médicale

MONSIEUR LE DOCTEUR PÉLISSARD

Médecin des Hôpitaux

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DE L'HOPITAL

A MESSIEURS LES DOCTEURS

VERGOZ, THIODET, SARROUY, FAUGÈRE

A MON AMI ET CAMARADE D'ÉTUDE

LE DOCTEUR MARCEL BONAFOS

Interne des Hôpitaux

Faible gage de mon amitié.

AUX DOCTEURS

SANTUCCI, BENET, LAVALLÉE, MEDINGER,

NOGUE, DENDALE, CASTANIER.

A TOUS MES AMIS

Je dédie cette Thèse.

Introduction

C'est sur les conseils de Monsieur le Professeur E. CABANES, à propos d'un malade qu'il avait opéré dans son service de chirurgie de l'hôpital Parnet que nous avons entrepris ce travail, dernier acte de nos études médicales.

Il s'agissait comme nous le verrons plus loin (observation) d'un vieillard présentant un double syndrome, clinique et radiologique, de sténose pylorique, organique, serrée de nature probablement néoplasique, que notre maître avait gastroentérostomisé, au Bouton de Jaboulay vu l'état précaire du malade, le 21 novembre 1929.

Quatre jours plus tard, le 25 novembre 1929 au matin, l'opéré présentant des signes d'un circulus viscosus, on réintervenait. Le bouton anastomotique étant arrêté dans le jéjunum dont il oblitérait la lumière, on pratiquait une dégastroentérostomie suivie d'une anastomose en Y de Roux.

Cette intervention suivie de succès, nous ayant particulièrement intéressé, notre maître nous

engagea, à rechercher les cas semblables dans la littérature médicale et à déduire les indications et avantages des diverses techniques de dégastroentérostomie.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Avant d'aborder la technique des dégastroentérostomies il nous paraît nécessaire de résumer les différents types de gastroentéro-anastomose qu'on peut avoir à reprendre et de montrer l'évolution des idées en chirurgie gastrique.

C'est en 1881 que WOLFLER fit la première tentative d'anastomose gastro-jéjunale. Il avait été contraint de créer cette intervention dans un cas de néoplasme inextirpable. L'honneur de cette opération de génie revient à son assistant NICOLADONI qui, jugeant la résection impossible eut l'idée de rétablir le circuit intestinal en anastomosant une anse grêle à l'estomac. La première gastroentérostomie résultat d'un hasard bienveillant n'allait pas tarder à devenir l'intervention de choix dans le traitement des ulcères gastroduodénaux.

On décrivit successivement divers procédés. En 1881 WOLFLER avait réalisé la gastro-jéjunostomie antérieure en abouchant à la face antérieure de l'estomac une anse jéjunale attirée en avant du côlon transverse. On s'aperçut bientôt que cette intervention présentait à côté de multiples avantages de graves inconvénients : étranglements coliques, *circulus viciosus*.

Pour y remédier VON EISELSBERG au Congrès international de chirurgie de 1905 préconisa une antéro-anastomose secondaire systématique, KOCHER, l'établissement d'une valvule dans l'anse afférente, tandis que VON HACKER défendait un nouveau procédé de gastroentérostomie qu'il pratiquait avec avantage depuis 1885 : la gastro-jéjunostomie postérieure trans-mésocolique à anse longue anostomosant la face postérieure de l'estomac à la partie du jéjunum placée à 20 ou 25 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal.

Malgré l'optimisme de ceux qui la préconisaient, malgré la longueur de l'anse afférente laissée par les auteurs (TERRIER 75 cm., JABOULAY 30 cm., KAPPELER 40 à 60 cm., CHLUMSKY 50 cm., KADER 60 à 80 cm.) cette opération était encore imparfaite. Les statistiques montraient qu'avec la technique de « l'anse longue » on observait des accidents d'occlusion et des troubles de fonctionnement de l'anastomose et PETERSEN en 1900 signalait la présence des incarcérations intestinales consécutives à des gastroentérostomies à anses trop longues.

Le danger d'une anse afférente longue avait d'ailleurs déjà frappé VON HACKER, car au Congrès

de la Société Allemande de 1900 il dit explicitement :

« J'emploie pour l'anastomose la partie toute supérieure du jéjunum et ne donne comme longueur à l'anse afférente que celle qui sépare l'angle duodéno jéjunal de l'anastomose en évitant toutefois le tiraillement ».

La gastro entérostomie à anse courte suivant le procédé de PETERSEN, éloquemment vanté par PAUCHET au Congrès de chirurgie de 1902, devint alors l'opération de choix ; PETERSEN faisait son anastomose au point du jéjunum, situé exactement en face de la partie la plus basse de la grande courbure. Cette opération rallia presque tous les chirurgiens, qui la pratiquèrent avec quelques petites modifications, de technique telles que la manœuvre de LUCKE-ROCKWITZ permettant l'abouchement isopéristaltique de VON HACKER^e; l'abouchement anisopéristaltique de MAYO et GOULLLOUD; la suspension de l'anse afférente de RICARD et CHEVRIER qui a remplacé avantageusement la fixation horizontale de l'anse suivant le procédé de Pozzi; l'anastomose oblique de HARTMANN, etc...

Le besoin de ne pas créer d'hiatus, de supprimer les chances de circulus, de conserver une évacuation gastrique physiologiquement normale conduisit FINEY en 1902 à supprimer toute anse à faire une gastroduodénostomie.

Cette opération consiste à sectionner le rétrécissement pylorique sur la face antérieure et à prolonger cette incision antérieure par deux incisions verticales situées respectivement sur le

duodénum et l'estomac après rapprochement des deux viscères. L'ensemble de l'incision a la forme d'un fer à cheval en suturant l'une à l'autre les branches gastriques et duodénales.

Ainsi entendue la gastro duodénostomie malgré de réels avantages physiologiques présentait, en raison de la fixité du duodénum des difficultés d'exécution qui lui ont fait longtemps préféré la gastro jéjunostomie. Ces difficultés disparaissent, si, suivant le procédé de KOCHER, on mobilise préalablement le duodénum. La gastro duodénostomie fut souvent substituée à la gastro jéjunostomie.

Mais si le principe restait toujours le même, le mode de réalisation variait. Les chirurgiens pratiquant tantôt une gastroduodénostomie sous pylorique ou latérale suivant le procédé de VILLARD ou de KOCHER, tantôt la gastro duodénostomie par implantation suivant la technique de KUMMELL, tantôt enfin la gastro duodénostomie antérieure par bascule de l'estomac suivant les principes de JABOULAY.

Toutefois, pour pratiquer ces interventions, il faut selon PAUCHET qu'il y ait ptose gastrique, sinon il est impossible de faire ce genre d'anastomose sans danger. La gastro duodénostomie n'était réalisable que dans une minorité de cas et le Von Hacker restait le procédé de choix.

Cependant quelque satisfaisant que fussent les résultats fournis par le procédé de la gastro entérostomie postérieure, modifié, amélioré par les auteurs, il était des chirurgiens, tels MONPROFIT

d'Angers, PANTALONI, PAUCHET qui regardaient comme une cause d'infériorité la latéralité de l'abouchement gastro intestinal et défendaient la méthode d'implantation de KUMMEL ou l'abouchement en Y que ROUX de Lausanne préconisait depuis 1898.

ROUX coupe le jéjunum à 15 cm. de l'angle duodéno-jéjunal puis anastomose le bout jéjunal inférieur à la face postérieure de l'estomac et le bout supérieur du jéjunum à 15 cm. environ au-dessous du nouveau pylore.

Ce procédé présentait, selon PAUCHET, des avantages incontestables sur le Von Hacker, plus de reflux biliaire dans l'estomac, plus de reflux gastrique dans le duodénum, plus de difficulté d'évacuation gastrique. Toutefois la durée de l'intervention, la rapidité opératoire que nécessite le procédé, ont fait que malgré de sérieux avantages l'implantation de ROUX n'est utilisée que dans les cas où la surface de la paroi gastrique est étroite, ou lorsque le sujet étant hypopeptique, on redoute le reflux du liquide duodénal dans l'estomac.

Non seulement l'implantation de ROUX voit son emploi restreint du fait, de la longueur du procédé, mais même la simple gastro entérostomie de Von Hacker ne pouvait être utilisée sans danger chez des malades imposant un minimum de choc opératoire.

C'est pour permettre une intervention d'urgence, une intervention rapide chez des sujets cachectiques ou in extrémis que les chirurgiens ont été appelés à se servir de boutons, destinés à réaliser

des anastomoses sans suture (thèse de DUVIVIER, Paris 1895).

Ces boutons anastomotiques se composent de deux pièces, qui, par emboîtement réciproque, assurent la coaptation des orifices par pincement de leurs bords. Les deux pièces sont percées d'un large orifice central par où se fait la circulation des gaz et des liquides. Au bout d'un temps assez long (9 à 14 jours) pour permettre à la continuité des parois par réparation anatomique des parties affrontées, les zones pincées se sphacèlent, le bouton tombe dans la lumière intestinale pour s'évacuer en dehors par les voies naturelles.

Les boutons anastomotiques utilisés en chirurgie gastro-intestinale, MURPHY, VILLARD, JABOULAY, ont pour principal avantage leur application très rapide qui permet de rendre service dans un certain nombre de cas où il est nécessaire d'aller très vite.

Autrement, ils n'ont que des inconvénient dont l'expérience a montré les dangers, rétrécissement de l'anastomose, enclavement du bouton, occlusion secondaire du grêle.

Pendant que certains chirurgiens cherchaient par l'emploi du bouton anastomotique à réduire la durée de l'intervention; d'autres s'efforçaient de pratiquer la gastro-entérostomie après la gastropyloréctomie pour rétablir la continuité du tube digestif.

Ainsi est née la gastro entérostomie complémentaire qui peut être réalisée suivant divers procédés.

La suture bout à bout a été le premier procédé employé. Utilisée d'abord par PEAN en 1879, elle a été ensuite préconisée par BILLROTH et connue sous le nom d'opération de BILLROTH I. C'est le procédé qui rétablit le mieux la forme de l'estomac et qui trouble le moins les fonctions motrices. Toutefois, les chirurgiens français ont préféré à l'abouchement termino terminal, l'implantation duodénogastrique de KUMMEL préconisée par KOCHER en 1893 décrite sous le nom de BILLROTH II qui est une gastropyloréctomie suivie de gastro-jéjunostomie complémentaire avec ou sans anastomose duodéno-jéjunale. Plus tard, HARTMANN en 1898, a eu recours à l'implantation gastro-jéjunale qui perfectionnée successivement par REICHEL en 1908 et POLYA en 1911 est devenue l'opération de POLYA.

Enfin en 1923, FINNEY a substitué à l'implantation gastro-jéjunale, l'implantation gastro-duodénale après mobilisation préalable de l'estomac et du duodénum.

Mais si la gastro entérostomie peut être complémentaire, il n'en est pas moins vrai qu'en pratique courante on désigne sous le nom de gastro entérostomie la bouche anastomotique pratiquée sans résection gastrique préalable, sans aucune opération gastrique concomitante.

La gastro entérostomie complémentaire étant appelée opération de PEAN, de BILLROTH, de POLYA, suivant le procédé employé.

Ainsi entendue, la gastro entérostomie simple rendue à peu près inoffensive par une amélioration constante de la technique fut considérée comme

le traitement efficace de toutes les affections gastriques. L'opération avait une mortalité bien moins grande que la résection. Elle était de réalisation plus rapide et plus aisée, s'accompagnait d'une amélioration immédiate considérable. C'est l'époque où l'on proclame que la gastro entérostomie répond à toutes les indications de l'ulcère gastrique. C'est l'âge d'or (la furia della gastroentérostomia) de Bastianelli. Il a fallu en rabattre. Les observations à distance, toujours plus nombreuses et plus détaillées montrèrent que la gastro-entérostomie n'était pas une panacée contre toutes les maladies de l'estomac et du duodénum. Les premiers échecs furent d'abord attribués à une imperfection de la technique opératoire, de longs débats s'engagèrent entre les partisans des différentes formes de l'anastomose jéjuno-gastrique. Puis le groupement des statistiques ne permit plus de méconnaître les échecs de la gastro entérostomie. Dès 1897, les Congrès Allemands attirèrent l'attention sur les résultats opératoires anciens et firent naître les premières réserves.

On fut ainsi amené à connaître toute une série d'accidents dont on pensait la gastro entérostomie être la cause directe.

BERG au Congrès des chirurgiens du Nord en 1895 et BRAUN au Congrès de Berlin en 1899 rapportent les premières observations d'ulcus peptiques du jéjunum.

NOVE JOSSERAND dans le Lyon Médical de 1897, attire l'attention sur le circulus viciosus, tandis que LENCLOS dans sa thèse décrit les occlusions intestinales post-opératoires.

PETERSEN au XX^e Congrès de chirurgie Allemande de 1900 faisait connaître les diverses variétés d'occlusions ; complications de la gastro-entérostomie. PAPADOPOULOS et NEUWEILLER signalent en 1912 de nombreux cas d'oblitération de la bouche. Georges LOEWY dans sa thèse (1921) rapporte 76 cas de fistules gastro-jéjuno-coliques. Bien plus les faits prouvent que faite à tort la gastro entérostomie constitue une seconde maladie ajoutée à celle dont se plaignent les malades. C'est la maladie de la gastro entérostomie ou syndrome dyspeptique secondaire de DENECHAU et PARMENTIER.

C'est pour lutter contre ces complications redoutables, précoces ou tardives, que les chirurgiens ont été appelés à supprimer purement et simplement la bouche anastomotique, à faire la dégastro entérostomie.

A notre connaissance, la première tentative de ce genre remonte à 1885 où MONPROFIT d'Angers à la Société de Chirurgie de Paris expose deux cas où il eut l'idée de transformer deux Von Hacker en Y de Roux. Au cours de la discussion qui suivit, QUENU, prétendit avoir pratiqué deux fois cette intervention. Ces tentatives isolées n'eurent pas de lendemain. Les chirurgiens qui, dans les années suivantes, eurent à intervenir pour troubles inhérents à une gastro entérostomie, pratiquèrent une seconde anatomose en laissant in situ la première. C'est ainsi, qu'on pût voir des malades porteurs de deux et même trois bouches gastro-jéjunales.

Ce n'est vraiment que dans ces dernières années que l'on pratique couramment la dégastro entérostomie.

Le premier travail d'ensemble sur cette question est celui d'ANDREWS paru en 1920 dans *Trans Américal Surgery Association*, où l'auteur fixe une technique de l'intervention.

Celle-ci fut suivie dans les tentatives ultérieures WEBB rapporte en 1920, trois succès opératoires obtenus par cette nouvelle méthode.

Mais bientôt PAUCHET — *Presse Médicale* 1925, JANSEN — *Arch. für klin. chir.*, 1928, montrent que la méthode d'ANDREWS offre toute une série de désavantages et préconise le procédé que BALFOUR avait décrit en 1925 (*Annals of Surgery*). Cette méthode nouvelle supprimant l'implantation d'un îlot de muqueuse gastrique dans le grêle, supprimait d'un même coup les désavantages de la méthode d'ANDREWS.

Puis les auteurs s'attachent à modifier les détails de l'intervention. PAUCHET en 1925 fixe la conduite à tenir, suivant que l'anastomose est large ou serrée.

THALHEIMER, élève de GOSSET — *Journal de Chirurgie*, 1927 — insiste sur la libération du mésocolon et la fixation ultérieure de celui-ci.

Le « Balfour » reste le procédé classique, parfois pour les besoins de la cause il n'est plus qu'un temps d'une intervention beaucoup plus longue.

On pratique ainsi soit la suppression de l'anastomose (dégastroentérostomie) suivie de pyloroplastie ou d'un type quelconque de gastroduodénotomie; soit suppression de l'anastomose avec cholécystectomie et appendicectomie; soit encore

suppression d'anastomose suivie d'une deuxième gastroentérostomie ou d'une gastrectomie partielle.

Dans cette étude, nous nous proposons d'étudier les indications et les diverses techniques de la dégastro-entérostomie.

Notre travail consistera surtout à faire, une revue générale des documents parus sur le sujet. et de l'étude de ces derniers nous essayerons de créer un ensemble qui sera en quelque sorte une mise au point de la question. N'ayant pas la prétention de faire œuvre originale, nous pensons du moins que cette étude pourra être de quelque utilité. Telle est la justification de notre modeste essai.

Suivant les idées de notre Maître, nous ne comprendrons dans cette étude que les seuls cas où les auteurs ont été en présence de gastroentérostomie simple et non de gastroentérostomie complémentaire; type Pean, BILLROTH, POLYA, FINNEY, etc...

CHAPITRE II

Définition

La dégastroentérostomie est une intervention qui a pour but la suppression d'une anastomose gastro-intestinale.

Bien que cette intervention puisse être pratiquée indistinctement pour toutes les gastroentérostomies, il est évident que dans l'état actuel de nos connaissances toute étude de la dégastroentérostomie doit nécessairement se limiter à la dégastro-jéjunostomie, la littérature ne renfermant aucun cas de dégastro-duodénostomie.

Dans la pratique chirurgicale, le problème de la dégastroentérostomisation se pose de deux manières différentes suivant qu'il s'agit d'une gastroentérostomie compliquée ou d'une gastroentérostomie inutile.

La gastroentérostomie qui sauve la vie à tant de malades quand elle est indiquée, crée par contre un état morbide supplémentaire chez ceux qui n'avaient aucune lésion gastro-duodénale.

On s'est aperçu rapidement que si la gastroentéroanastomose donne des résultats excellents, soit, dans les sténoses pyloriques, soit dans l'ulcère duodénal voire même dans l'ulcère de la petite courbure comme HARTMANN vient de le prouver d'après la statistique, elle ne donne en revanche que des résultats médiocres quand l'exploration n'a montré aucune lésion organique. Dans ces cas, rares il est vrai la gastroentérostomie même bien faite, même faite en bonne place n'est en général suivie que de résultats fonctionnels décevants.

Ce sont ces cas qui causent la maladie de la gastroentérostomie et qui ne guérissent qu'après suppression de la bouche anastomotique.

Le Chirurgien qui est sur le point d'opérer un ulcus gastrique doit se souvenir que sur 10 malades qui se plaignent de troubles, il en est peut être un qui est porteur de véritables lésions gastroduodénales, les autres, sont atteints de troubles réflexes dus soit à une lésion chirurgicale de l'abdomen, appendicite surtout, cholécystite, sténose chronique sous-vatérienne, principalement du temps où elle n'était pas connue, gastropse ; ou à une insuffisance hépatique, rénale, à une cirrhose, à un pré tabès.

On a cru dès les premiers échecs qu'il s'agissait d'une insuffisance dans la technique ; les uns critiquèrent alors le matériel de suture. Il arrive

qu'on trouve au cours de réintervention des morceaux de soie au niveau de l'anastomose et Gosset propose alors d'employer du fil résorbable du catgut ou mieux du castergut; l'emploi des pinces coprostatiques des clamps, fut également blâmé. Il est évident qu'ils peuvent traumatiser l'estomac.

PRIBRAM qui a étudié les troubles fonctionnels apparaissant après gastroentérostomie montre qu'ils peuvent se rencontrer dans tous les procédés et après les opérations les mieux exécutées, (PRIBRAM la gastroentérostomie en tant que maladie *zentralblatt für chirurgie* — Janvier 1925).

En effet malgré toute cette perfection dans les détails, on fut encore obligé de dégastroentérostomiser certains sujets; c'est la gastroentérostomie à elle seule qui est nuisible.

Généralement, après l'intervention et durant un laps de temps parfois assez long, deux ou trois semaines, les résultats sont excellents et l'on peut croire les malades guéris. (THALHEIMER rapporte une amélioration de deux semaines après gastroentérostomie).

Puis bientôt, les digestions deviennent plus difficiles, les douleurs réapparaissent prenant le type continu souvent exagérée par ingestion d'aliments. Leur maximum est souvent épigastrique. Ces crises s'accompagnent parfois de vomissements alimentaires, survenant immédiatement après les repas, qui ne soulagent point les malades.

On les a appelées souvent dyspepsies des gastroentérostomisés et l'on s'est aperçu que

malgré un régime sévère, les malades souffraient et maigrissaient. D'autre fois la période d'accalmie est peu marquée, les sujets souffrent autant après l'intervention qu'avant, si bien qu'ils reviennent bientôt retrouver le chirurgien pour demander un remède à leurs maux.

L'examen clinique de ces sujets ne montre pas grand chose, le ventre est souple, légèrement douloureux dans la région épigastrique.

A l'écran, après ingestion de bouillie barytée, on voit se remplir l'estomac complètement sans qu'on relève de traces de liquide à jeun. Immédiatement après le remplissage, quelques passages rapides se font parfois par la bouche qui ne fonctionnera plus ensuite qu'irrégulièrement.

Le péristaltisme gastrique est souvent actif et aboutit à des évacuations pyloriques normales. Le bulbe se remplit et est normalement teinté. La mobilité gastrique est conservée. Souvent, on trouve un point douloureux plus ou moins fixe au niveau de l'anastomose sans que le calibre de celle-ci soit rétréci.

En résumé, l'anastomose fonctionne mal et tout ou presque passe par le pylore.

C'est ainsi que se présentent au chirurgien ces sujets atteints du mal de la gastroentérostomie.

Comment pouvons-nous prévenir ou combattre les troubles qu'ils présentent ?

Il faut d'abord examiner consciencieusement les malades gastralgiques. Faire un diagnostic différentiel serré et éliminer successivement toutes les

affections abdominales qui peuvent en imposer pour une lésion organique de l'estomac. Cet examen permettra de diagnostiquer avant l'intervention : cholécystite, surtout appendicite. A ce sujet sur lequel nous ne saurions trop insister, il serait juste d'affirmer que beaucoup d'ulcères de l'estomac sont à l'appendice, et d'appliquer le traitement chirurgical véritablement étiologique. L'investigation clinique répétée, permettra de dépister les faux gastropathes qui sont souvent des nerveux et des irritables relevant d'un traitement médical approprié.

C'est ainsi que WEBB raconte avoir dégastroentérostomisé une femme nerveuse qui avait subi auparavant treize interventions chirurgicales. La radiologie sera d'une grand secours pour déceler la stase intestinale chronique qui selon PAUCHET serait une cause fréquente d'erreur. Et la sténose préexistante du duodénum dont l'importance a été mise en lumière par P. DUVAL et GATELIER.

Au cours de l'investigation par les rayons, on se rendra compte de la forme de l'estomac, de sa mobilité et des lésions organiques s'il en existe.

Le diagnostic clinique posé, on instituera un traitement s'il est chirurgical, il faudra savoir l'appliquer à bon escient; on ne peut sans raison faire une gastroentérostomie qui crée des troubles nouveaux et qui risque d'amorcer un ulcère peptique jéjunal. C'est parce que certains chirurgiens ont méconnu les indications précises de la gastroentéro-anatomose qu'est née la maladie de la gastroentérostomie.

Quelles sont donc ces indications ?

La gastro-jéjunostomie est indiquée dans tous les cas de sténose pylorique soit qu'il s'agisse, d'ulcère, ou de cancer inextirpable de la région.

A-t-elle des indications dans le cas de pylore perméable ? Certains chirurgiens en ont rejeté l'emploi. Ils croyaient, appuyant leurs opinions sur l'expérimentation, que la bouche était destinée à s'oblitérer ou encore à devenir fonctionnellement inutile.

Cette thèse fut soutenue en France, par TUFFIER et PAPADOPOULOS son élève dans sa thèse, à l'Etranger par KELLING.

Une pareille conception est ardemment combattue en particulier par HARTMANN. Les faits établissent bientôt que la bouche peut s'oblitérer même quand le pylore est imperméable. A ce processus d'oblitération, on découvre des causes. Dans quelques cas, il s'agit du développement suivi de cicatrisation d'ulcère peptique (PAUCHET, DELORE et HARTMANN). Ils montrent en outre que l'oblitération de la bouche se rencontre surtout dans les cas particuliers, gastro-entérostomie au bouton ou en Y.

D'ailleurs nombreux sont les cas, où l'on peut constater après un temps assez long, deux ans même après l'intervention que malgré la béance pylorique, la bouche reste toujours praticable.

Cependant, certains auteurs, assuraient(DELBET, PAUCHET KELLING) que si la bouche ne s'oblitérait pas, la presque totalité du bol alimentaire passait par le pylore.

D'autres auteurs au contraire, LEGUEU, BERARD, DESTOT voient des aliments passer surtout par la bouche.

Pour élucider cette question, HARTMANN et son élève METIVET expérimentent sur le chien (HARTMANN, *Chirurgie de l'Estomac et Gazette des Hôpitaux* 1930), et constatent que, si la bouche siège sur la portion cardiaque de l'estomac, tout passe par le pylore. Au contraire, l'anastomose est-elle près du pylore, tout passe par la néostomie.

De ces faits, il résulte : ainsi que des statistiques rapportées par HARTMANN dans un ouvrage sur la chirurgie de l'estomac que la gastroentérostomie donne des résultats excellents même dans les cas de béance pylorique.

Le chirurgien confirmera l'indication de l'intervention en explorant l'abdomen supérieur après laparotomie; s'il ne trouve pas des lésions nettement visibles de l'estomac et du duodénum, qu'il se garde, de faire une gastroentérostomie, il explorera la vésicule, l'appendice, recherchera la dilatation du duodénum sans oublier le pancréas, et si cette exploration est négative, il fermera le ventre sans rien faire.

Il faut que l'ulcère ne soit pas fantôme, qu'il soit perçu par le doigt et l'œil, sur l'estomac ou le duodénum. Que le chirurgien, ne se contente pas d'à peu près, tels que : l'estomac se vide mal, le pylore est spasmé, le drainage de l'estomac soulagera le malade.

C'est ainsi qu'on a pu voir la gastroentérostomie pratiquée une fois sur deux sans raison apparente.

BALFOUR rapporte dans *Annals of Surgery* 1925, que parmi 345 cas opérés de gastroentéroanastomose à la clinique Mayo, 131 l'ont été avec raison et 212 à tort.

Plus près de nous, GALINDEZ (BOLETINES YTRABAJOS de la Sociedad de cirugía de Buenos-Aires, le 17 juillet 1929) indique que dans 20 % des cas, les troubles n'ont pas cessé après l'intervention.

Quand la gastroentérostomie crée un état pathologique nouveau, il faut la supprimer (PAUCHET).

Si un malade vient consulter un chirurgien en se plaignant de l'opération antérieure, il faut que celui-ci étudie soigneusement, l'état actuel et l'origine des troubles. Pour cela il faut qu'il sache quels étaient les symptômes accusés par le malade avant l'opération.

Si le chirurgien a vu ou non l'ulcère, si la gastroentérostomie a été pratiquée et par quels procédés elle a été exécutée.

Ensuite, il faut faire radioscopier le sujet pour rechercher la stase intestinale chronique, parfois les troubles dyspeptiques étant dus à une maladie de LANE. Puis examiner l'estomac et l'anastomose, voir si celle-ci fonctionne ou non si la baryte passe par le pylore, s'il existe des lésions organiques de l'estomac.

Les indications de la dégastroentérostomie peuvent souvent être établies; elles se fondent sur l'histoire assez typique du malade, sur l'examen radiographique qui montre l'intégrité gastrique et

la perméabilité pylorique, sans que rien ne signale l'existence d'ulcus peptique jéjunal, tels que : douleurs fixes à la pression, présence de sang dans les selles, hyperchlorhydrie.

L'intervention décidée que faire ?

Actuellement, on pratique la dégastroentérostomie selon deux méthodes : celle d'ANDREWS et celle de BALFOUR.

Les chirurgiens ont eu surtout pour souci dans leurs divers procédés, de rendre aux organes leur site normal et leur mobilité avec aussi peu d'adhérences que possible et en second lieu d'empêcher un rétrécissement de la lumière jéjunale. L'estomac se tire d'affaire lui-même après avoir été libéré de l'abouchement.

Procédé d'Andrews

Le premier procédé a été décrit par ANDREWS en 1920 et éprouvé cliniquement et chirurgicalement à l'Université de Minnésota par WEBB.

Il se fait de la façon suivante. Après avoir relevé le côlon transverse et mis à nu la ligne d'anastomose de l'intestin, des clamps entourés de caoutchouc sont appliqués à l'intestin et à l'estomac de façon à ménager un interstice pour y pratiquer l'opération. L'incision est tracée sur la paroi stomacale à 1 cm de distance de la ligne de l'anastomose, de sorte qu'une manchette gastrique reste entièrement attachée à la bouche de l'intestin.

L'ouverture jéjunale fermée, il reste tout ce qu'il faut en fait de matériel pour rendre au boyau son diamètre normal au moyen de double ou triple endossement réalisé par des sutures séro-séreuses. La bouche stomacale est fermée d'après la méthode courante; la perte de substance qui y est liée est sans aucune importance. On ferme la brèche dans le méso du côlon transverse pour empêcher toute formation de hernie et on achève l'opération.

On peut se demander quel sort subit la muqueuse gastrique transplantée dans le jéjunum. Pour résoudre ce problème, WEBB pratiqua la dégastro-entérostomie d'après ANDREWS sur trois chiennes, dont deux furent, cinq mois auparavant, soumises à des gastroentérostomies antécoliques isopéristaltiques suivies 4 mois 1/2 après de dégastroentérostomie d'après ANDREWS, Aux autopsies des chiennes sacrifiées, après respectivement 5 et 4 mois 1/2, on ne put constater ni obturation, ni rétrécissement de la lumière jéjunale, ni altération macroscopique de la muqueuse, mais elle avait diminué de volume, bien que ce n'eût été que dans une mesure insignifiante. Microscopiquement les coupes comprenant les parois intestinales et gastriques, n'accusaient aucune lésion du tissu gastrique transplanté; il était d'aspect normal; les différentes couches nettes, le tissu intertubulaire connectif non augmenté de volume, les cellules des glandes gastrique avaient conservé leur colorabilité.

Il s'ensuit donc de ces expériences que la dégastroentérostomie selon ANDREWS atteint son but sans causer de lésions. Fait curieux, le tissu gastrique se

conserve malgré sa transplantation d'un milieu acide dans un milieu alcalin bien que privé de rapports originaux avec le sang et les nerfs.

Pour JANSEN cette technique de la dégastroentérostomie offre toute une série de désavantages. L'implantation d'une île de muqueuse gastrique considérable dans le grêle n'est point indifférente. On dispose aujourd'hui de nombre d'observations portant sur des ulcères du diverticule de Meckel avec coexistence d'îlots de muqueuse gastrique. G. PASCAL a, à lui seul, publié, en 1925, neuf cas d'ulcères perforés du diverticule de Meckel à îlots de muqueuse gastrique dystopique mis en évidence par l'examen microscopique. Les ulcères perforés se trouvaient à proximité immédiate des îlots de muqueuse gastrique. Il est apparemment hors de doute qu'on a affaire ici à des perforations d'ulcères peptiques.

Or, il se peut bien que de pareilles conditions viennent aussi à s'établir en cas de greffe artificielle de la muqueuse gastrique sur celle de l'intestin. En tout cas on peut admettre que la sécrétion de l'îlot de muqueuse gastrique est à même d'influencer l'évolution ultérieure de l'ulcère peptique proche du jéjunum. Des examens histologiques de WEBB portant sur la paroi gastrique greffée expérimentalement sur l'intestin canin démontrèrent que le fragment gastrique était complètement conservé au bout de cinq mois. Il y a absence presque absolue de tissu cicatriciel, et intégrité de l'architecture de la muqueuse gastrique. Il faut donc admettre que la fonction sécrétoire de la muqueuse gastrique

reste aussi intacte, car sans cela elle encourrait l'atrophie comme organe inactif.

La littérature russe dispose déjà, en effet, d'un cas où l'ulcère peptique jéjunal ne guérit pas après la dégastroentérostomie pratiquée selon ANDREWS, mais poursuit son évolution et aboutit à la perforation.

Enfin la paroi gastrique englobée peut donner lieu à la naissance de formations ressemblant à des tumeurs qui, à leur tour, créent une certaine prédisposition pour des invaginations, ce dont fait preuve un cas publié par CHIARI.

A l'égal de JANSEN, HILAROWICZ rejette la méthode d'ANDREWS, parce qu'il réproouve l'abandon d'une manchette à paroi gastrique; mais moins à cause de l'éventualité d'une sécrétion peptique par une bandelette de muqueuse gastrique complètement détachée et transplantée qui ne saurait jamais être équivalente aux îlots gastriques siégeant dans un diverticule de Meckel, mais plutôt à cause de l'abandon de l'anneau de suture.

Procédé de Balfour

BALFOUR pratique la suppression d'une anastomose sans complications de la façon suivante: L'incision est tracée de préférence à gauche de l'ancienne ou des anciennes incisions. Libération de l'estomac, du côlon, de l'épiploon et du pylore et mobilisation de l'anastomose. La mesure la plus

importante à prendre c'est le décollement du méso, d'ordinaire intimement soudé à l'anastomose. La méthode de décoilement la plus sûre et la plus simple consiste à sectionner la face postérieure de l'abouchement et d'introduire le doigt, aussitôt que la paroi postérieure de l'estomac se trouve à nu entre le méso et l'estomac, de dégager le méso par les manipulations digitales séparatrices de l'estomac et de détacher au bistouri le méso en se guidant sur le doigt. On réussit alors à attirer le segment d'estomac auquel l'intestin adhère, à travers la large brèche du méso, ensuite en place un bourrelet de gaze derrière l'anastomose et pince avec des clamps droits munis de caoutchouc ce segment de l'estomac et les deux branches de l'anse jéjunale, en plaçant chacun de ces clamps à peu près à 8-10 cm. de l'anastomose. Pendant qu'un doigt soutient et vérifie postérieurement la ligne de l'anastomose, de façon que la ligne de section soit plutôt orientée vers l'estomac.

Cela fait, on va d'abord ouvrir l'intestin grêle en se tenant à 2 ou 3 millimètres de l'anastomose qu'il est souvent facile de reconnaître par quelques débris de fils de suture persistant à ce niveau.

S'il existe un ulcère de la bouche, il doit être réséqué en même temps que celui-ci. Si l'ulcère est loin sur le jéjunum une résection intestinale vraie sera utile.

On sépare complètement le jéjunum, d'abord sur sa face antérieure puis sur la face postérieure de l'estomac. On est alors en présence d'une plaie longitudinale de jéjunum que l'on suture transver-

salement en deux plans. Un surjet muco-muqueux au catgut, un surjet superficiel à la soie.

Ces deux sutures transversales n'ont pas rétréci le jéjunum. Du côté gastrique persiste la région de l'anastomose primitive.

Il est bon d'un coup de ciseaux de réséquer sur l'estomac à 2 ou 3 mm. toute l'ancienne ligne de suture. On ferme ensuite l'estomac en tissu sain par un surjet muco-muqueux au catgut chromé, puis on pratique un surjet séro-musculaire au catgut par dessus lequel on place un surjet séro-séreux à la soie. Enfin on termine en refoulant l'estomac dans l'arrière cavité au-dessus du méso-côlon dont on ferme la brèche par un point en bourse.

On a rétabli la situation anatomique normale de l'estomac et du jéjunum. Il ne faut pas oublier avant de refermer le ventre d'explorer soigneusement l'abdomen et en particulier de vérifier la région appendiculaire où l'on trouvera souvent la cause de ces troubles dyspeptiques.

Quant aux résultats de ces interventions ils sont excellents à condition que l'on pense et à traiter les causes (appendicite, cholécystite, etc...) des troubles qui avaient porté à faire cette gastro injustifiée. D'ailleurs les examens radiographiques montrent ce retour à une situation normale avec quelques fois une légère encoche au niveau de la cicatrice gastrique.

PAUCHET procède ainsi:

a) Décollement colo-épiploïque;

b) Libération des anses jéjunales afférente et

efférente. Cette libération sera poursuivie jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal, ainsi que sur dix à quinze centimètres de l'anse efférente. Il faut ramener l'anse jéjunale à l'état normal.

c) Libération de l'estomac d'avec la brèche méso-colique, de façon à amener, dans l'étage sus-méso-colique, l'estomac et l'anse jéjunale anastomosée. Cette libération est assez laborieuse.

d) Suppression de la bouche anastomotique. Comment... ? De deux choses l'une: l'anastomose est étroite, soit parce que l'opérateur l'a faite telle, soit parce que, par suite d'un ulcère jéjunal cicatrisé, elle s'est rétrécie. On a constaté parfois des bouches anatomiques étirées du diamètre d'un crayon. Alors il suffit de sectionner la ligne d'anastomose gastro-jéjunale, et de suturer l'estomac et le jéjunum séparément. Ou bien l'anastomose est large, alors il faut réséquer l'anse jéjunale. On a dû réséquer des anses anastomosées longues de dix à douze centimètres. Elles étaient assez larges pour laisser passer quatre doigts. La radiologie montra que malgré ces grandes dimensions, pas une goutte du repas opaque ne passait dans le jéjunum. Dans ces cas de bouche large, il ne suffit pas de séparer l'anastomose d'un coup de ciseau; il faut pratiquer la section franche du jéjunum; à son entrée et à sa sortie de l'estomac et la restaurer ensuite par une anastomose termino-terminale. Dans ce cas, il est indiqué d'exciser l'anse jéjunale qui reste adhérente à l'estomac; toutefois l'opérateur pourrait se contenter de fermer les deux extrémités jéjunales en cul-de-sac, ce qui ne présente aucun inconvénient.

OBSERVATION 1.

(HILAROWICZ Henryk, *Zeut f. chir.* 1929).

Femme de 24 ans. Radiographie lors de l'hospitalisation : gastro-entérostomie, pylore ouvert, évacuation par les deux voies, l'estomac est vide au bout de deux heures. A la rélaparatomie après 2 ans, adhérences insignifiantes; gastro-entérostomie rétrocolique postérieure verticale à bords souples, admettant 3 doigts. Rien au pylore et duodénum. Après décollement de la brèche du mésocolon séparation de l'intestin à l'union avec l'estomac, suture à deux rangées de la plaie gastrique, suture transversale de l'intestin en deux plans. La radiographie révèle trois semaines plus tard : évacuation gastrique par le pylore en trois heures; bulbe duodénal aisément visible. Acidité à jeun 0,6 après le déjeuner d'épreuve 10,24. Au bout d'un an, considérable amélioration subjective, peu de troubles gastriques, augmentation pondérale.

OBSERVATION 2.

(HILAROWICZ Henryk, *Zeut f. chir.* 1929).

Femme de 39 ans. En 1911 opération pour troubles gastriques; amélioration de courte durée, *par conséquent appendicectomie* en 1921. Radiographie : le bulbe se trouve quelque peu attiré vers la petite courbure, se remplit normalement, gastro-entérostomie, évacuation à travers celle-ci et à travers le pylore. Point de résidus. Acidité à jeun, zéro, après le déjeuner d'épreuve 0,1. Trouvailles à la rélaparatomie : gastro-entérostomie, rétrocolique postérieure verticale à l'union de l'antra du pylore d'aspect normal et béante, anse intestinale dilatée et pleine. A part quelques adhérences souples, rien de particulier ni au pylore ni au bulbe. Dégastro-entérostomie comme dans le premier cas. Radio-

graphie post-opératoire : difformité insignifiante de la grande courbure correspondant à la suture, bonne évacuation. Acidité : à jeun 2,5, après le déjeuner d'épreuve 5,1. Au bout de 8 mois bien être général, mange de tout.

OBSERVATION 3.

(HILAROWICZ Henryk, *Zeut f. chir.* 1929).

Femme de 45 ans. En 1913 opération pour douleurs à l'hypocondre droit cicatrice parallèle au bord droit du muscle rectus. Après une courte amélioration, de nouveaux troubles gastro-intestinaux obligent la malade à se présenter plusieurs fois à la clinique où l'examen radiologique constate une gastro-entérostomie perméable près du pylore, évacuation aussi à travers le pylore, point de rétention. Contours d'estomac estompés (adhésions). L'acidité à jeun était zéro, après le déjeuner d'épreuve 0,2. Deux rélaparatomies (1925 et 1926); on n'y constate que des adhésions, aucune résistance au niveau de la gastro entérostomie et referme l'abdomen. 1928 troisième rélaparatomie pour continuation des troubles. Décollement des fortes adhésions. La gastro-entérostomie postérieure horizontale et isopéristaltique, à proximité du pylore, était béante et souple, la vésicule biliaire en ordre; après décollement des adhésions autour du pylore et duodénum on trouve le pylore perméable; rien n'indique la présence d'une cicatrice due à un ulcère; l'anneau pylorique, était épaissi le long de sa circonférence, la paroi antérieure présentait une induration minime. On dégage la gastro-entérostomie du méso et excise l'anneau entier; suture transversale à deux rangées de l'intestin, suture à deux rangées de l'estomac correspondant à l'orientation de la plaie longitudinale. Pyloromyotomie extramucuse à suture séro-musculaire en même temps

qu'on constate un fort épaissement du muscle pylorique. L'épaississement palpable de la paroi antérieure répondait à une hypertrophie musculaire localisée. Suites opératoires simples. Bien être général de la malade après 2 mois, bonne mine, mange de tout. Radiographiquement, on constata d'abord un rétrécissement considérable de la portion pylorique (suture), mais quand même rapide évacuation dans le duodénum. Acidité : à jeun 0,4; après le déjeuner d'épreuve 7,16.

OBSERVATION 4.

(HILAROWICZ Henryk, *Zeut f. chir.* 1929).

Homme de 42 ans. A son dire en 1917 hémorragie gastrique après éboulement par explosion de grenade, dès lors toujours souffrant de l'estomac, et opéré pour cela le même an à l'hôpital militaire. Après une courte amélioration, reprise des troubles gastriques. L'année suivante appendicectomie. La radiographie décèle une gastro-entérostomie à fonction satisfaisante et perméabilité du pylore. Absence de résidus. Acidité à jeun zéro. La laparotomie montre une bouche anastomotique postérieure, verticale, irréprochable, souple et aisément perméable. Fermeture de l'abdomen.

En automne 1928, le malade se présente à nouveau et demande une nouvelle intervention à cause des troubles gastriques insupportables; ses doléances sont marquées au coin du pithiatisme (lézards et crapauds dans l'estomac, désespère de sa guérison avant qu'on ne les lui montre, se répand sur l'accident depuis lequel il est si malheureux, etc...) Radiographie et chimisme identiques avec les trouvailles correspondantes sus mentionnées. Nouvelle rélaparatomie dans le but de dégastro-entérostomie. Même trouvaille que la première fois; pas de lésions ni au pylore ni au duodénum, excepté quelques brides se portant aux

alentours après le décollement desquelles la portion initiale du duodénum se laisse bien développer. Le pylore, aisément perméable, montre un épaississement circulaire. Dégastro-entérostomie avec excision de l'anneau et suture transversale de l'intestin, ensuite pyloromyotomie extramuqueuse avec suture séro-musculaire transversale. Paralysie intestinale post-opératoire qui ne regressa que lentement. Le malade était d'abord mécontent, croyant que l'excision avait été incomplète, mais il finit par bientôt avouer l'amélioration, retrouva son appétit et quitta la clinique en bon état mental et avec peu de troubles. Radiographie: béance permanente du pylore, passage rapide du repas opaque dans l'intestin. Acidité : à jeun 0,2, après le déjeuner d'épreuve 6,18. Un mois plus tard amendement considérable de l'état psychique et somatique.

OBSERVATION 5.

(HILAROWICZ Henryk, *Zeut f. chir.* 1929).

Homme de 47 ans. En 1924 gastro-entérostomie, à la clinique pour adhérences périoduodénales. Après une amélioration d'un an de durée reprise des troubles. L'examen radiographique en 1927 constatata; forte ptose, gastro-entérostomie de la portion fundique, retardement de l'évacuation, pylore imperméable. Sensibilité à la pression peu marquée. Acidité : à jeun zéro, après le déjeuner d'épreuve 2,6. A la relaparatomie on trouva la portion initiale du duodénum transformée en cordon, sans lumière grosse comme un crayon. Estomac distendu et ptosé. Gastro-entérostomie souple admettant deux doigts, absence d'ulcère peptique. On pratique d'abord une gastroduodénostomie en aval de la portion duodénale oblitérée, puis on fait la dégastro-entérostomie avec sectionnement à l'union de l'estomac à l'intestin et suture transversale de l'intestin.

Suites opératoires simples. Radiographie : évacuation rapide. Acidité : à jeun 2,4, après le déjeuner d'épreuve 10,22. Remarquable résultat. Le patient se présente après un an en pleine santé.

OBSERVATION

par Marcel TALHEIMER

*Prosecteur et Chef de clinique chirurgicale
à la Faculté de Paris.*

P. Yvonne, 21 ans, entre le 22 Mars 1926 à la salle Second pour vomissements constants à la suite de gastro, subie 5 mois auparavant.

La malade présentait depuis quelques années, un état douloureux survenant par crises. Gêne, pesanteur au creux épigastrique — digestions lentes et pénibles, nausées, régurgitations acides.

Ces phénomènes douloureux survenaient par période de quelques semaines, entrecoupées de rémissions de même durée.

Les douleurs étaient parfois suivies de vomissements à horaire tardif qui ne soulageaient pas le malade.

Quelques rares hématémèses espacées se produisaient sous forme de sang noirâtre, mêlé aux vomissements alimentaires. L'appétit conservé aux périodes d'accalmie était diminué du fait de la douleur en période de crise.

L'exacerbation des symptômes, les vomissements survenant alors après chaque repas durant plusieurs semaines conduisent à l'intervention. La malade est opérée de gastro entérostomie à Bordeaux le 14 octobre 1925. Immédiatement après l'opération se produit une hématémèse durant 3 jours, puis après 9 jours, les vomissements reprennent contenant de la bile et des caillots de sang. Après une

amélioration très nette, maintenue pendant deux semaines les digestions deviennent de plus en plus difficiles. Les douleurs sont continues exagérées par l'ingestion des aliments pendant plusieurs jours consécutifs, des vomissements alimentaires surviennent après le repas, soulagement des douleurs. Une période d'accalmie fait suite à cette crise, mais la malade anorexique, constipée, amaigrie (4 kgr. 5 en 2 j.). A l'entrée à la Salpêtrière, 22 Mars 1926, la malade accuse des douleurs diffuses dans presque tout l'abdomen et surtout nettes dans le creux épigastrique — dans la partie supérieure de l'hypochondre gauche, dans la fosse iliaque droite au niveau de l'ombilic. Douleurs et défense de la paroi. Point de Mac Burney douloureux, point vésiculaire douloureux, foie paraît normal. Règles survenant 2 fois par mois à la suite d'un traitement opothérapique.

Examen radiologique le 20 Mars 1927. — (LEDoux, LEBARD) — Après ingestion du lait opaque, on voit se remplir complètement l'estomac et se produire quelques passages rapides par la bouche qui ne fonctionne plus ensuite que très irrégulièrement. Avec de minimes passages.

Il existe sur la grande courbure à 4 cm. environ, du pôle inférieur de l'estomac une incisure spasmodique, très marquée, qui persiste durant toute la durée de l'examen. Toute la portion gastrique située entre cette incisure et le pylore est fortement spasmée, mais l'on ne découvre nulle part, d'image de lésions organiques typiques. Le péristaltisme gastrique est actif et aboutit bientôt à des évacuations longues, régulières. Le bulbe duodénal se remplit régulièrement, ne montrant aucune déformation, et on observe un antipéristaltisme marqué au niveau de D²., sans qu'il existe de stase duodénale. La mobilité de la région prépylorique paraît diminuée et la palpation est douloureuse au

niveau de l'anastomose et sur toute la portion horizontale de la grande courbure.

En résumé, anastomose fonctionnant d'une façon insuffisante motilité limitée à cause d'adhérences ou de brides : telles sont les conclusions fournies par cet examen.

Opération le 22 Avril 1928. (THALHIEMER) Ether, incision médiane sus-ombilicale au niveau de la partie inférieure de la première cicatrice que l'on résèque en partie. Dès l'ouverture de la cavité abdominale on trouve quelques adhérences épiploïques qu'on libère. On extériorise ensuite la région de l'anastomose au niveau de laquelle on note une anse jéjunale apparente, extrêmement dilatée mais souple, avec au niveau de son mésentère, un grand nombre de ganglions de la taille d'un haricot. La bouche est horizontale, dirigée de gauche vers la droite et large de trois travers de doigts environ. Elle est recouverte par quelques brides membraneuses étendues au mésocolon fixé au niveau antérieur du jéjunum. L'examen de l'estomac (petite courbure, pylore) celui du duodénum, celui de l'anastomose ne révèle aucune trace d'ulcus. On décide de défaire la gastro-antérostomie.

On libère le mésocolon, en se tenant au ras de l'estomac et l'on sent très nettement les vaisseaux coliques dont on se tient à distance. Cette manœuvre est relativement facile et est poursuivie sur tout le pourtour de la brèche mésocolique. On extériorise alors facilement l'anastomose. On met un clamp à mors caoutchoutés sur l'estomac près du jéjunum, et on trouve dans la cicatrice, des fragments de soie de taille vraiment importante. Il en résulte une brèche de la portion antérieure du jéjunum que l'on suture transversalement pour ne pas rétrécir. Catgut sur la muqueuse, soie sur la musculo-séreuse. Cette

suture terminée on se porte vers la branche gastrique dont on résèque sur un 1/2 centimètre le bord correspondant à l'ancienne anastomose. On ferme la brèche gastrique en 3 plans. (Catgut chromé sur la muqueuse) on referme ensuite par un point en bourse le mésocolon en un plan à la soie.

Suites opératoires simples.

Un examen radioscopique post opératoire, un contrôle radiographique (Perthomme 10 Mai 1925) montrent le retour normal de l'estomac.

En octobre 1926, la malade cesse son régime. En Janvier 1927, subitement la malade est prise d'une douleur intense continue à l'épigastre; vomissements alimentaires — constipation absolue. — Crise douloureuse d'environ une semaine recrudescence longue — amélioration progressive pendant un mois.

Le 9 Février 1927. — Subitement la malade est prise d'une douleur intense continue avec paroxysme siégeant dans la fosse iliaque droite — constipation, quelques vomissements alimentaires. A l'examen de l'abdomen d'aspect normal la région de Mac Burney est douloureuse avec défense musculaire, pas de douleurs dans la région hépatique — signe de Rosving très net. Diagnostic. Appendicite chronique à poussées aiguës. Intervention le 22 Février 1927, incision de Mac Burney paroi saignant plus que de coutume, coecum dilaté et mobile que l'on extériorise.

Appendice turgescent et gonflé. Ecrasement, enfouissement, Iléon normal, Epiploon normal. La paroi est refermée à la manière habituelle. L'appendice est ouvert. Il est rempli de matières, de sang — muqueuse épaisse avec grosse folliculite pré-hémorragique.

La malade se porte bien depuis cette intervention et n'a plus présenté aucune crise abdominale.

En résumé, il s'agit d'une malade atteinte d'appendicite avec dyspepsie et hématomérose qui avait subi une gastro entérostomie. Après celle-ci les troubles gastriques s'accroissent. La dégastro entérostomie amène la cessation des troubles gastriques mais une crise d'appendicite éclaire toute l'histoire de la maladie qui ne guérit complètement qu'après appendicectomie.

OBSERVATION

WEBB, Roscoe C. Surg. gyn. and Obstetr. 1921, vol. 33, p. 681-86.

Femme de 23 ans. 1917. Thyroïdectomie pour simple goître — 1920, amygdalectomie. — Influenza en 1918, d'où elle date ses troubles actuels : les maux de têtes et les crises irrégulières de vomissements, dont elle avait souffert de l'un et de l'autre déjà auparavant, devinrent plus fréquents, de la constipation et des douleurs abdominales irrégulières et variables sans localisation déterminée, vinrent s'installer. Mauvais appétit, aigreurs, renvois gazeux et parfois attaques de vertige. Au mois d'Octobre 1919 appendicectomie et gastroentérostomie. Depuis exaltation des symptômes susdits, de plus crises de mictions brûlantes avec réduction des urines, en Janvier 1920 attaque de torpeur et rigidité dans les bras et jambes. Amaigrissement d'environ 20 kilos. Il n'y a point de rapport entre les vomissements quotidiens et l'ingestion de nourriture. La radiographie démontra ptose marquée de l'estomac, gastroentérostomie sur la grande courbure, évacuation libre à travers le pylore et l'anastomose. Pas de trace

d'ulcère gastrique ni duodéal. Acidité totale 12-35 %; acide chlorydrique libre zéro. Le traitement médical ayant échoué, la malade fut soumise à la dégastroentérostomie, de crainte que les deux crises de tétanie qu'elle avait faites, ne vinssent à se changer en tétanie gastrique faute d'intervention. La laparotomie avéra les trouvailles radiographiques, de plus le jéjunum présentait en aval de l'anastomose une coudure et était fixé par des adhérences, suites opératoires simples. Guérison complète, bien qu'attardée par la faiblesse extrême de la malade épuisée.

OBSERVATION 2.

Femme de 25 ans. Douleurs à l'épigastre, crises fréquentes de vomissements de masses teintées de bile, amaigrissement. Son histoire abonde en intervention chirurgicale; elle passe par 13 opérations, desquelles il suffit de ne mentionner que les deux dernières: une oophorectomie et finalement une gastroentérostomie (voir plus loin). Pendant quelques années elle avait souffert de douleurs à l'épigastre et de fréquents vomissements. Point de rapports chronologiques entre les douleurs et les repas, point de soulagement par du bicarbonate de soude ou par ingestion de nourriture. Après l'oophorectomie elle faisait des crises de vomissements fréquentes et était incapable de rien manger. C'est alors que par suite d'un diagnostic posé d'ulcère gastrique, elle subit une gastroentérostomie ce qui lui donna un soulagement pour 4 mois, interrompu parfois par de la dysurie initiale alternant avec pollakiurie, parfois nocturie. Puis reprise des troubles mentionnés plus haut, qui l'amènèrent à l'hôpital. En deux ans, elle avait maigri de 10 kilogs. La patiente est bien

développée, bien nourrie, évidemment nerveuse et irritable. Radiographiquement on constata une gastroentérostomie fonctionnant bien et absence d'ulcère gastrique. Repas d'épreuve : acidité totale 22 %, acide chlorydrique libre 12 % ; épreuve au gaïac positive. Etant donné l'absence d'une affection d'estomac, la présence d'une dégastroentérostomie était indiquée et fut pratiquée. Aucune lésion gastrique ne fut constatée pendant l'opération. Suites opératoires simples. A partir de la 3^e semaine, elle mangea de tout et prenait 5 repas par jour. Les vomissements cessèrent. Une radiographie prise le 27^e jour depuis l'intervention montra que le repas opaque traversait le pylore sans subir d'altérations de configuration et que la portion pylorique de l'estomac accusait un rétrécissement marqué, dû probablement à la fermeture de la bouche anastomotique de l'estomac. Point de résidu dans l'estomac au bout de six heures.

OBSERVATION 3.

Homme de 22 ans, souffrant depuis 3 ans et demi de douleurs à l'épigastre, d'amaigrissement et de vomissements consécutifs aux repas.

Des douleurs de l'épigastre brûlantes, avaient commencé il y avait trois ans et demi, et étaient apparues deux heures après les repas. A cette époque le repos au lit supprimait les crises. six mois plus tard il fut opéré de gastroentérostomie et d'appendicectomie. Résultats seulement passagers. Il vomit de nouveau, les lavages d'estomac mettent en évidence des résidus de nourriture.

A l'examen radioscopique l'estomac se trouvait à la crête illiaque. Absence de péristaltisme. Comprimé, l'estomac laisse passer la bouillie opaque

à travers le pylore, apparemment il n'y a pas d'obstacle. Soupçon de la biloculation, en effet prouvé, plus tard par la radiographie. L'existence d'une gastroentérostomie n'est pas mise en évidence. Conclusion : pylore et duodénum normaux, apparemment pas d'obturation. Rétrécissement gastrique probablement dû au non fonctionnement de la gastroentérostomie faite bien haut sur la paroi postérieure de l'estomac.

Intervention. — Ebauche de cicatrice du pylore signalant un ulcère guéri, mais non palpable. La gastroentérostomie était antipéristaltique et placée très haut sur la paroi postérieure. L'estomac était fortement dilaté et ptosique. Comme la radioscopie avait montrée que l'abouchement ne fonctionnait pas, on fit l'opération selon ANDREWS. Suites opératoires simples, cessation immédiate et complète des troubles.

CHAPITRE III

La dégastro-entérostomie dans les cas compliqués

Nous venons d'étudier la technique de la dégastro-entérostomie quand on a créé une anastomose jéjuno-gastrique sans qu'il n'existe aucune lésion organique gastro-jéjunale. Alors que cette intervention est relativement simple et sûre, la solution d'une anastomose dans les cas compliqués est toujours difficile.

Les complications de la gastro-entérostomie peuvent être récentes ou tardives.

Les accidents précoces sont surtout les occlusions et les *circulus viciosus*.

L'accident tardif c'est la production d'un ulcère anastomotique qu'on a appelé ulcère peptique jéjunal.

La dégastro-entérostomie dans les cas d'occlusion post-opératoire

Les accidents d'occlusion autrefois très nombreux après la gastro-entérostomie ont diminué rapidement de fréquence.

Les cas observés proportionnellement au nombre d'anastomoses gastriques exécutées actuellement sont plus rares qu'ils n'étaient dans les premières années où ces opérations étaient couramment pratiquées. La technique est devenue meilleure; l'anastomose ne se fait plus au hasard avec la première anse grêle venue; le Wolfler qui certainement, a à son actif le plus grand nombre des cas d'occlusion est moins souvent pratiqué. On se préoccupe dans les anastomoses postérieures de ne pas laisser de brèche dans le mésocôlon transverse.

La communication de PETERSEN au 20 Congrès de Chirurgie Allemande de 1900 constitue le premier travail d'ensemble sur la question.

RIGOLLOT-SIMONOT dans sa thèse (Paris 1908) rapporte 22 cas d'occlusion après gastro-entérostomie.

Actuellement grâce à la perfection de la technique ces complications de la gastro-entérostomie sont devenues beaucoup plus rares.

Il est cependant un procédé opératoire particulier qui peut s'accompagner d'accidents d'occlusion ou de ciculus viciosus, c'est l'emploi du bouton anastomotique pour l'anastomose jéjuno-gastri-

MURPHY, MEYER, KAMMERER, BRENNER, CHAPUT, DUBOIS, MOYNIHAN ont pu signaler des cas d'arrêt du bouton en un point du tube digestif, où il peut déterminer des phénomènes d'occlusion rapidement mortels. L'arrêt prolongé du bouton amenant rapidement le sphacèle des tuniques intestinales aboutissant, à la perforation et à la péritonite.

MOYNIHAN rapporte en 1901 un cas où il put chez un garçon de 6 ans étudier à la radioscopie la marche d'un bouton de Murphy, et saisir sur le fait son arrêt en un point de l'intestin.

CZERNY le Maître de Pétersen mettait déjà en garde contre les dangers de ce mode d'anastomose en signalant (Congrès de Chirurgie 1905) outre deux cas où il dut par gastrotomie aller chercher le bouton tombé dans l'estomac, la relation d'une autopsie d'un de ces gastro-entérostomisés mort de pneumonie qui démontra l'enclavement du bouton dans l'intestin.

Ce n'est donc jamais sans une certaine appréhension qu'un chirurgien abandonne un bouton dans l'anastomose qu'il vient de créer. Les accidents graves que nous venons de relater ont amené certains chirurgiens, en particulier HARTMANN, à ne plus pratiquer de gastro-entérostomie par cette technique.

Pour DELORE de Lyon (Journal de Chirurgie 1925) la gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay serait une opération excellente qu'il pratique toujours avec succès.

En effet, ne nous hâtons pas de condamner ce

procédé opératoire à qui nombre de malades cachectiques doivent la vie. La rapidité de l'acte opératoire y est sûrement plus grande qu'avec les sutures.

Cette technique semble la plus indiquée dans la gastro-entérostomie simple pour cancer. Son exécution est rapide. Elle offre moins de risques de cancérisation locale de l'anneau anastomotique. Les manœuvres sont extrêmement réduites, le choc opératoire minime. Nous croyons d'ailleurs qu'il faut borner à cette indication précise l'emploi du bouton anastomotique.

Mais les malades opérés par ce procédé devront être surveillés avec un soin particulier. L'observation de notre Maître que nous relatons montre que c'est grâce à une surveillance active de tous les instants qu'on put réintervenir à temps et sauver la vie au malade.

OBSERVATION

(Pr E. CABANES — M. BONAFOS)

FALANGA Vincent, célibataire, cordonnier, âgé de 54 ans est hospitalisé salle Louvet pour douleurs épigastriques, vomissements et altérations marquées de l'état général.

Dans les antécédents de ce malade, on relève une blennorragie, un chancre il y a 20 ans de de nature indéterminée, une pleurésie droite drainée en 1926 et un très gros ethylisme.

Depuis un an, le malade souffrait de l'épigastre pendant son travail et principalement après le repas de midi.

Depuis un mois, les phénomènes morbides se sont accentués, les douleurs épigastriques sont maintenant lancinantes, continues avec quelques

paroxysmes post-prandiaux pendant lesquels le malade accuse des irradiations vers l'épaule gauche et vers la 12^e dorsale. Les vomissements alimentaires ou bilieux, spontanés ou provoqués atténuent seuls les douleurs.

Il a maigri, s'est anémié et a perdu tout appétit.

Progressivement, son état général s'est altéré.

Aussi se décide-t-il à consulter un médecin qui pose le diagnostic de cancer de l'estomac et ordonne son hospitalisation.

A son entrée à l'hôpital, le 26 Octobre 1929, son état est le suivant : amaigrissement très marqué, anémie notable, oedème blanc et mou des membres inférieures. Urines diminuées et fortement teintées ne renfermant aucun élément pathologique. La température oscille entre 36°8 et 37°5.

L'appareil respiratoire est normal, le cœur un peu gros. Du côté du système nerveux, rien à signaler, si ce n'est un caractère irritable, une hypersensibilité généralisée, des douleurs à la pression des masses musculaires des mollets tous signes en rapport avec un gros éthylysme invétéré.

Au point de vue digestif, on retient une inappétence complète une grosse constipation, jamais de melœna.

L'examen met en évidence une dentition très défectueuse un petit foie caché sous le rebord costal, de l'aérocolie et une douleur diffuse dans toute la région épigastrique.

La palpation révèle une légère défense du grand droit du côté droit et la pression profonde réveille au niveau du tiers supérieur de ce muscle, une vive douleur, nettement localisée sans irradiation.

On pense à un néoplasme gastrique mais étant donnée la notion de chancre dans les antécédents de ce malade, on demande un WASSERMANN et un examen radiologique de l'estomac.

Le laboratoire répond : WASSERMANN négatif
HECHT positif.

On institue alors en vain du 5 au 19 novembre un traitement d'épreuve au bichlorure de mercure. Sous l'influence de ce traitement, au lieu de s'améliorer, l'état général s'était au contraire aggravé.

L'examen radioscopie seul pratiqué par le Dr André BLONDEAU n'ayant pu être suivi de radiographie confirme le diagnostic de cancer du pylore:

Déglutition et transit oesophagiens normaux.

Remplissage très anormal de l'estomac; la baryte tombe en neige.

Il y a une grosse quantité de liquide à jeun.

Mobilité spontanée très mauvaise.

Par la palpation, on n'arrive pas à mobiliser complètement la poche gastrique dont l'antrum pylorique ne s'injecte que difficilement et à la suite de massages répétés sous l'écran; au bout de quelques minutes, on arrive à faire passer quelques bouchées barytées à travers un canal pylorique rétréci, rigide et douloureux. Les régions sus et sous-jacentes sont également sensibles à la pression.

La présence d'une quantité très importante de liquide à jeun, le rétrécissement, la rigidité de l'antrum et du canal pylorique, la douleur que l'on réveille à ce niveau font poser le diagnostic radiologique de sténose pylorique, organique, incomplète mais serrée et s'accompagnant de péri-pylorodénite. Il s'agit selon toute vraisemblance d'un néoplasme du pylore mais on ne peut l'affirmer d'une façon certaine sans le secours d'une radiographie qu'il est impossible de pratiquer à l'hôpital Parnet, faute de matériel suffisant.

Préparation du malade par des lavages de l'estomac à l'eau iodée pendant 4 jours.

L'intervention est pratiquée le 21 novembre 1929, contre l'habitude de notre Maître de n'opérer que sous anesthésie locale, anesthésie générale à l'éther, laparotomie sus-ombilicale. Le pylore est dur, très fixé au foie mais non tumoral. Tout le vestibule

pré-pylorique est collé à la face inférieure du foie.

On fait une gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay dans un but de démonstration. Surjet gastro-jéjunal au fil de lin devant le bouton.

Durant la journée, on administre un litre de sérum glucosé, deux ampoules d'huile camphrée, un centigramme de morphine.

Le lendemain la température est à 38°, le pouls à 72. On injecte, un litre de sérum glucosé et 5 cc³ d'huile camphrée. Le 23 même état. Par contre le 24 au soir, température à 37°5. Pouls à 80, mais des nausées.

La nuit est franchement mauvaise, le malade très agité se plaint du ventre, il vomit de la bile sans arrêt.

La température reste aux environs de 37°, mais le pouls oscille entre 110 et 120 pulsations à la minute.

L'agitation du malade et son état général extrêmement altéré rendent toute tentative de tubage gastrique impossible.

Le 25 au matin, le malade vomit toujours de la bile, l'épigastre ballonné, la température est à 37°5 et le pouls à 130. Le diagnostic de *circulus viciosus* s'impose, il faut réintervenir d'extrême urgence.

Intervention.

Anesthésie par bouffées discontinues de kélène — ablation des fils de la première intervention, et réouverture de la brèche opératoire. L'estomac surdistendu se présente occupant tout le champ opératoire. Aspiration électrique des gaz et de trois litres de liquide bilieux et hématique par ponction antérieure et médiogastrique. Suture. Il est possible d'attirer, alors seulement, l'estomac et la bouche anastomotique au niveau de l'incision. Relèvement du côlon transverse, rapidement dégagé des adhérences intestino-épiploïques qui l'entourent. On arrive sur l'anastomose gastro-jéjunale.

On remarque très nettement sur le surjet antérieur de l'enfouissement du bouton quelques gouttes de pus jaunâtre, lié. L'intestin est comme crispé, spasmodé sur le bouton, senti à travers les parois gastro-jujunales qui l'enclosent. Elles sont rouges, enflammées.

Résection du cône stomacal d'anastomose sur un clamp.

Résection des 15 cms du jéjunum correspondant.

On rétablit aussitôt une néostomie sur le bout inférieur du jéjunum. Grande anastomose latéro-latérale et fermeture de l'extrémité libre du segment par la méthode de KLAPP. Puis l'extrémité duodénale du grêle est attirée contre l'anse descendante unie déjà à l'estomac et lui est anastomosée à son tour.

.En somme, gastroentérostomie en Y — suture de la paroi au fil de bronze, drainage médian par petites mèches.

L'intervention a été assez rapide pour que l'opéré en fin d'anesthésie paraisse soulagé et ne semble pas shocké.

Nous avons eu l'impression que le bouton avait agi tout comme un calcul biliaire, et que sous l'effet de l'infection des tuniques de l'estomac et de l'intestin, il y avait eu enfouissement du bouton par les muqueuses tuméfiées.

Le bouton, quand nous l'avons extirpé de la bouche, pièce en mains était bien placé.

.Le terme général de *circulus viciosus* est applicable cliniquement à ce cas; après réflexion nous pouvons dire plus justement obstruction haute du jéjunum par le bouton.

Notons que l'anse duodénale n'était pas très distendue et que l'anse jéjunale était à peu près vide ce qui a facilité l'intervention et prouvé l'imperméabilité du pylore.

Suites opératoires excellentes, sans réaction aucune. Le malade est sorti le 8 Janvier 1930 après



examen radioscopique dont nous donnons le schéma qui montre l'injection rapide du grêle par la baryte.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : grâce à sa rapidité d'exécution, l'acte opératoire a été supporté admirablement par un sujet amaigri et déficient.

Nous l'avons revu trois mois après, il jouissait d'une parfaite santé, ce qui met en doute la nature néoplasique de la sténose qu'il présentait.

D'autre part, nous n'avons pu relever malgré nos recherches dans la littérature, d'autres observations où la dégastroentérostomie ait été pratiquée comme celle effectuée par notre Maître, *en période aiguë*.

Nous ne rapportons qu'une autre observation où l'on dût réintervenir quelques jours après avoir créé une gastroentérostomie, mais il s'agissait d'occlusion du grêle par invagination dans une brèche du mésocôlon, et la région d'anastomose, ne présentait aucune inflammation. En outre il s'agissait d'un cas moins complexe, l'auteur put en effet après dégastroentérostomie rétablir le transit normal, le pylore étant praticable.

Enfin, pour fermer l'extrémité libre du jéjunum, notre maître a employé une technique spéciale, décrite sous le nom de procédé de l'enroulement et étudié en France par CUNEO et ses élèves. Il nous a paru intéressant d'en décrire la technique.

La fermeture d'une extrémité intestinale est une manœuvre qui se justifie dans nombre de cas au cours de la chirurgie de l'intestin.

Il est vrai que la méthode idéale de restauration

intestinale après résection, est, sans conteste, l'anastomose termino-terminale immédiate qui supprime les temps complémentaires, réduit les manœuvres au minimum et restreint le nombre et l'étendue des sutures, tout en reconstituant dans son intégrité la continuité de la lumière intestinale. Cette opération vraiment anatomique n'est, malheureusement, pas toujours applicable. Force est alors, pour réaliser une anastomose termino-latérale ou latéro-latérale, de recourir à la fermeture d'une extrémité de l'intestin.

Le problème de la fermeture des bouts intestinaux a donc une importance considérable, puisque dans nombre de méthodes de la chirurgie intestinale nous en trouvons l'application.

Aussi est-ce un point qui a préoccupé tous les chirurgiens et sur lequel, du reste, des techniques nombreuses ont été élaborées; la multiplicité de celles-ci n'est-elle pas d'ailleurs une preuve de l'imperfection fréquente de chacune en particulier ?

Il y a donc tout intérêt à posséder une technique de fermeture ayant les qualités indispensables de facilité, de rapidité et d'étanchéité absolue.

Ce procédé de l'enroulement a été décrit d'une façon très succincte par KLAPP en 1910. Voici la description qu'il en donne : « L'intestin à suturer est d'abord écrasé, puis saisi au moyen d'une pince intestinale, longue et étroite. On utilise pour cela une pince analogue à celle de Moskowicz pour sa suture intestinale aseptique: d'ailleurs la pince de Moskowicz peut elle-même fort bien s'adapter à l'en-

roulement. Tout contre la pince, l'intestin est sectionné, puis on enroule l'intestin autour de la pince en faisant tourner celle-ci autour de son axe jusqu'à ce que la surface séreuse de l'anse enroulée se trouve en contact avec la séreuse de l'anse intestinale efférente. Grâce à la pince, l'intestin se laisse maintenir dans sa position et suturer très commodément. On suture la partie enroulée au niveau de l'insertion du mésentère pour que l'enroulement soit ainsi fixé dans sa situation. Enfin, on ouvre les branches de la pince, on les écarte, on tire sur chacune d'elles ainsi isolées et on suture à ce niveau. »

La description de KLAPP ne permet de se rendre compte que du principe général de la technique. Quant aux détails concernant son exécution, ils manquent presque totalement malgré les figures jointes à son exposé qui, de ce fait, n'en acquiert guère plus de clarté, ni de précision. Un détail supplémentaire est donné dans la courte allusion faite à ce procédé dans le Traité de BIER, BRAUN, et KUMMEL, au chapitre de la technique de la suture intestinale, l'enroulement est fixé par un surjet continu. Aucune autre précision n'est fournie par WARREN STONE BICHHAM dans son traité de Technique chirurgicale où une courte description en est donnée. En France, ce procédé ne semble avoir été cité, à part les communications du Professeur CUNEO et un article de J.-C. BLOCH, que par ABADIE dans son rapport au Congrès de Chirurgie sur la technique de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (rectum excepté): traitant des sections et oblitérations de l'intestin, il dit seulement: « Vous pouvez aussi

recourir au « procédé de KLAPP » et il renvoie le lecteur aux trois figures empruntées à la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*.

La pince à enroulement est mise en place exactement à la limite extrême de la zone écrasée et de telle manière que son extrémité mousse ne dépasse pas le bord mésentérique de l'intestin. Si l'on a pas pratiqué l'écrasement préalable de l'anse, on dispose d'emblée la pince à enroulement du côté du bout efférent et une pince ordinaire du côté opposé, à quelques millimètres de la première. L'intestin, ou ce qu'il en reste après l'écrasement, est alors sectionné au bistouri et la tranche est cautérisée à la teinture d'iode.

Après la section, le bout supérieur fermé par la branche restante de l'écraseur, est protégé sous une compresse, en attente. Le bout inférieur muni de sa pince spéciale, est alors enroulé sur lui-même de droite à gauche et d'arrière en avant; cet enroulement est obtenu grâce à une rotation d'un peu plus de 360 degrés imprimés à la pince autour de son axe longitudinal. Il est utile de faire en sorte que l'enroulement soit un peu serré; pour cela il suffit d'immobiliser de la main gauche l'ansé, tandis que la main droite fait exécuter à la pince son mouvement de rotation tout en lui imprimant un mouvement de translation, de gauche à droite qui a pour effet de tendre l'intestin tout en l'enroulant. De plus, pour que le tour de spire effectué par l'intestin soit et reste complet, il est bon de dépasser un peu les 360 degrés de rotation de la pince, car, lors de l'apposition des points de suture, un

certain déroulement, se produit toujours par suite de la traction exercée par les fils sur la paroi antérieure de l'intestin efférent qui se laisse ainsi attirer vers le boudin de l'enroulement.

Confiant la pince, à l'aide chargé de la maintenir dans cette position et de conserver la tension du tour de spire, on fixe l'enroulement par une série de points séparés séro-séreux passés, soit avec une aiguille droite, soit plus facilement au moyen d'une aiguille courbe, courte montée sur un porte-aiguille. Ces points séparés sont faits à la soie n° 0 ou bien au fil de lin; quatre ou cinq points suffisent en général sur la largeur de l'intestin.

La suture de l'enroulement doit maintenant être complétée par la fermeture de la spire intestinale, d'une part du côté mésentérique, et d'autre part au niveau du bord libre de l'intestin.

Du côté mésentérique, le méso a participé à l'enroulement de l'intestin en s'enroulant lui-même en cornet; c'est ce cornet sur lequel KLAPP n'attire nullement l'attention, qui va fermer la zone axiale de l'enroulement: deux points fixent son bord convexe au méso contre lequel il se trouve appliqué. Il faut prendre un soin tout particulier, en passant les fils dans le méso, pour ne pas piquer de l'aiguille les vaisseaux destinés à la nutrition du boudin d'enroulement; un peu d'attention suffit pour éviter cet écueil.

Du côté opposé, avant de retirer la pince, on faufile un point en cordon de bourse. Puis l'aide, tout en maintenant de sa main gauche le boudin d'enroulement, ouvre la pince et la retire doucement et

facilement grâce à l'absence de griffes à son extrémité; pendant ce temps, on oblitère l'orifice laissé par la pince, au niveau du bord libre de la volute intestinale, en serrant progressivement, puis en nouant le fil de la bourse. Ce dernier point de suture contribue d'ailleurs également à maintenir serrée la spire de l'intestin.

Telles sont les caractéristiques de ce procédé qui réduit au strict minimum les sutures.

Mais la simplicité et la rapidité de son exécution n'excluent ni l'asepsie rigoureuse, ni l'efficacité absolue de la fermeture ainsi obtenue.

En effet, l'étanchéité de cette fermeture s'est montrée parfaite par les suites opératoires de plus de 50 interventions dans lesquelles ce procédé a été employé. En outre, on a pu vérifier anatomiquement, aussi bien au cours de plusieurs extirpations de tumeurs dans le deuxième temps, qu'au cours de quelques autopsies, la mort dans ces cas n'étant pas imputable à une imperfection de la technique, mais au choc opératoire ou aux progrès de la cachexie cancéreuse ou à une embolie pulmonaire. On a confirmé par l'expérimentation ces résultats cliniques. Sur le cadavre, on a obtenu une occlusion immédiate, parfaite, et d'une résistance remarquable à la pression liquide. Sur les chiens on a pu suivre de jour en jour, par l'examen des coupes de pièces opératoires, le processus histologique de l'occlusion définitive cicatricielle de l'intestin grêle.

Grâce à l'obligeance de M. le Professeur COSTANTINI, qui nous a ouvert les portes de son service, nous

rapportons deux autres cas remarquables d'occlusion de la bouche anastomotique.

Dans le premier cas, il s'agit d'un bouton de Jaboulay non évacué et resté en place.

L'obturation de l'anastomose, fait curieux, est réalisé dans la 2^e observation par un écheveau de fil de soie épaissi par un conglomérat de diverses matières faisant obstacle au bol alimentaire.

L'exploration avait montré chez ce sujet deux ulcères gastriques en évolution et à retentissement orificiel.

Le traitement de ces variétés d'occlusion est variable. Le plus souvent, il sera nécessaire sauf quand le pylore est resté perméable, d'associer à la dégastroentérostomie une résection jéjuno-gastrique. Dans les cas d'occlusion aiguë ou de circulus viciosus, l'état grave du sujet nécessite une intervention assez rapide et nous croyons, comme l'a fait notre Maître, qu'il faut surtout avoir recours à la gastroentérostomie en Y de César Roux qui pour DELORT est une opération excellente et dont les résultats fonctionnels sont bons (DELORE et CREYSSEL) *Journal de Chirurgie* 1925.

Si l'état général est moins profondément touché, et surtout dans les affections chroniques de la bouche, il est recommandable de réséquer largement la bouche anastomotique et le pylore, surtout si l'ulcère est en évolution, et qu'il trouble le fonctionnement pylorique.

Mais il s'agit souvent, de cas d'espèce et suivant l'état de l'estomac de l'anastomose, le chirurgien

pratiquera la dégastroentérostomie simple avec résection jéjuno-gastrique ou avec gastro-pyloréctomie.

OBSERVATION

communiquée par M. le P^r COSTANTINI (Juin 1930)

Individu opéré il y a six mois pour ulcère duodénal; on a fait une gastroentérostomie. Après l'intervention, le malade souffre autant qu'avant. D'autre part, la radioscopie montre que la bouche fonctionne mal et qu'elle est douloureuse.

Intervention.

Anesthésie générale : on découvre d'abord un ulcère en voie de guérison et bouchant le pylore. Ensuite, au-dessous du méso-côlon transverse, on voit des adhérences avec coudure du grêle. Le segment sus-jacent étant plus dilaté que l'autre portion. Il n'y a pas d'infiltration du méso-côlon mais on y trouve quatre ganglions suspects.

Section en deça et en delà de la bouche de gastroentérostomie du grêle. Anastomosetermino-terminale. Pyloréctomie type polya.

La pièce enlevée, on constate qu'il y a au niveau de la bouche qui est étroite mais suffisante, des fils de soie attachés par quatre brins et aboutissant à un véritable écheveau épaissi par un conglomerat de matières diverses. Le corps étranger flottant, faisait probablement obstacle au bol alimentaire.

OBSERVATION

communiquée par M. le Professeur CONSTANTINI

(22 Juin 1929)

APRESIO A., 56 ans, a été opéré autrefois à Paris à la Pitié.

Le malade présente une éventration et signale qu'on lui a fait une gastroentérostomie au bouton de Jaboulay lequel n'a jamais été enlevé.

On constate, éventration importante. D'autre part, le malade souffre et maigrit.

Un examen radioscopique répond que la bouche de gastroentérostomie fonctionne parfaitement.

Néanmoins, on sent à travers les parois abdominales des masses dures, si bien qu'on soupçonne qu'il existe un néoplasme en évolution.

Intervention proposée acceptée.

Anesthésie générale à l'éther. On constate que le bouton de Jaboulay est resté en place. De plus toute la région pylorique et pré-pylorique est une masse cartonnée qu'on pense être inflammatoire.

Néanmoins, comme il persiste un doute, on décide de faire une pylorectomie et une dégastroentérostomie pour enlever le bouton de Jaboulay resté en place.

On pratique donc la pylorectomie qui permet de découvrir au contact avec le pancréas un ulcère térébrant. Ulcère qui est détruit. Puis on dissèque complètement la bouche de gastroentérostomie et on la ferme par un triple rang de catgut. C'est alors seulement qu'on procède à la pylorectomie selon la technique de POLYA au dessous de la bouche de gastroentérostomie.

OBSERVATION

Occlusion aiguë complète du duodénum après gastro-*tr*-jéjunostomie. — La dégastro-entérostomie

SUMMERS (Omaha). (Arch. of. Surgery (Août 1929)

Un homme de 28 ans, robuste et bien développé, entre avec le diagnostic d'appendicite aiguë et d'ul-

cère duodénal. Le début des accidents remonte à 1917, mais ils étaient légers, bien supportés; en se soumettant à un régime assez strict, le sujet pouvait mener une vie relativement confortable et remplir ses fonctions d'interne dans un service de chirurgie très chargé. La veille de l'entrée, coliques et crampes douloureuses dans la quadrant supérieur droit de l'abdomen avec nausées et vomissements. L'intervention, pratiquée le lendemain, montre une induration de 2 centimètres de diamètre sur la paroi antérieure du duodénum près du pylore. Gastro-jéjunostomie; appendicectomie (l'appendice contenait quelques concrétions denses) ; vésicule normale.

Au 3^e jour, sensations de brûlure dans l'estomac ; douleurs très violentes dans la quadrant inférieur droit soulagées par un lavement et une sonde rectale. Les douleurs continuent les jours suivants malgré des lavages de l'estomac et l'état général s'altère; pas de gaz ni de matières malgré de nombreux lavements.

Au 12^e jour, examen radioscopique après ingestion de baryte: aucune évacuation de baryte vers le duodénum. Une laparotomie est pratiquée; elle montre, au milieu de nombreuses adhérences qui la cachent, une invagination du grêle au niveau de la bouche de gastro-entérostomie déterminant l'oblitération complète du duodénum et de quelques centimètres du grêle. Désinvagination et dégastro-entérostomie. Guérison.

L'ulcère peptique

La plus grave des complications c'est la récurrence de l'ulcère au niveau de l'anastomose.

Ce sont BERG et BRAUN en 1897 et en 1899 qui en ont rapporté les deux premiers cas.

Les premiers travaux d'ensemble furent l'œuvre d'Allemands. Il faut attendre 1906 pour relever le premier mémoire français (GOSSET Société de Chirurgie). Depuis les publications consacrées à cette complication des ulcères gastriques se sont multipliées, tant en France qu'à l'étranger.

Qu'il s'agisse de mémoires originaux, comme ceux de LYON et MOREAU, VACHEZ de NOUAL, GAILLARD, LEWY, GELAS, DELORE et CREYSSEL, DELORE et CONVERT en France; de Van ROOGEN, MAYO, ROBSON, EUSTERMANN, CLERMONT, STARR JUD, à l'étranger ou de communications et discussions dans les Sociétés savantes en particulier aux Sociétés de Chirurgie de Paris et Lyon.

HARTMANN en 1913 avait pu en relever 125 cas. A la seule clinique MAYO on en avait relevé 101 jusqu'en 1922.

Avant d'aborder l'étude de l'ulcère peptique, il est nécessaire de donner un aperçu sur l'anatomie pathologique de cette lésion.

L'identité de l'ulcus anastomotique est intime et par sa situation et par son évolution avec l'ulcère primitif. Son siège est important à préciser, de lui dépend certaines modalités symptomatiques et surtout le mode d'extension.

La forme gastro-jéjunale est la plus fréquente et se présente comme une érosion d'étendue variable

presque toujours unique, occupant tantôt un segment, tantôt tout le pourtour de l'orifice. C'est une perte de substance muqueuse à bords tuméfiés, rouges très vascularisés empiétant plus du côté jéjunale que du côté gastrique. Son fond contient souvent les débris qui forment un magmat rougeâtre au milieu duquel on a trouvé parfois des brins de fil non résorbables et jusqu'à un bouton de Jaboulay. L'aspect extérieur est important à préciser. Le plus souvent, il est situé au centre d'un bloc d'adhérences et de brides plus ou moins épaisses, unissant le mésocôlon à l'épiploon gastro-colique.

Le côlon lui-même attiré par la lésion se colle contre l'anastomose enlacé d'adhérences qui l'y joignent de plus en plus étroitement.

Dans les cas anciens, on tombe sur des lésions compliquées. L'ulcère s'est perforé en péritoine libre, en péritoine cloisonné, dans un organe voisin. Ces accidents de perforation dans le ventre, modalité fréquente observée autrefois sont devenus actuellement plus rares car les malades sont opérés plutôt. Mais à cause de l'application des techniques de la gastroentérostomie postérieure transmésocolique, on a rencontré une autre complication c'est : la fistulisation de l'ulcère dans le côlon. Cette fistule est la conséquence de l'adhérence entre le jéjunum et la face postérieure du transverse, s'accompagnant de rétraction des ligaments et du mésocôlon plus ou moins infiltré.

Enfin, l'évolution comme celle de tout ulcère peut se faire exceptionnellement vers la cicatrisation et la guérison déterminant souvent l'oblitération secondaire de la bouche.

Voyons maintenant comment l'ulcère peptique se présente en clinique.

Sa date d'apparition est très variable. Il se manifeste plus ou moins tard après l'intervention première.

Le plus souvent, au bout de un ou deux ans parfois beaucoup plus tard, 7, 10, et même 14 ans après. Les malades ont presque toujours une amélioration franche, une apparence de guérison complète. C'est ce que certains auteurs ont appelé l'intervalle libre qui peut être plus ou moins long. Il s'agit d'un malade opéré pour ulcère qui semblait guéri, puis un certain temps après, il présente après cet intervalle libre tous les signes d'un nouvel ulcère. Cet ulcère si on le laisse évoluer ne tarde pas à donner un syndrome de sténose de la bouche, à moins qu'il ne se complique de perforation, de péritonite enkystée ou de fistule gastro-jéjunocolique. Le début peut être très variable, les douleurs sont comme dans l'ulcère simple, le symptôme primordial et le plus constant. Ce sont le plus souvent, des douleurs très tardives survenant cinq à six heures après le repas. Leur siège est en général très précis, c'est à gauche de la ligne médiane, le plus souvent un peu au-dessous de l'ombilic. Ces douleurs rappellent celles de l'ulcère banal. L'appétit est en général conservé, parfois exagéré. Les vomissements manquent souvent et n'ont quand ils existent aucun caractère spécial. Pas d'hématémèses, ni d'hémorragies occultes. Ce qui frappe surtout chez ces malades c'est l'atteinte profonde de l'état général. On note une discordance très nette entre la conservation de l'appétit et la ca-

chexie rapide. Les signes physiques sont très inconsistants et ne sont pas nécessaires au diagnostic.

L'examen à l'écran de ces malades ne donne souvent aucun signe caractéristique. Le signe le plus constamment observé, est une déformation gastrique spéciale : bas-fond gastrique abaissé, estomac vertical venant se fusionner avec l'ombre colique. La constatation d'un point fixe sous l'écran est assez fréquente. L'image diverticulaire est l'exception.

Le plus souvent donc, l'ulcère peptique se présente comme une lésion à retentissement orificiel qui trouble profondément les fonctions gastriques et la nutrition, comme une lésion à caractère évolutif et qui tend à la perforation dans les organes qui l'entourent.

Il en résulte que le seul traitement applicable doit être chirurgical, il faut qu'il soit précoce et énergique.

On peut se demander s'il existe un traitement préventif de l'ulcère peptique. Il semble qu'on puisse répondre oui; il sera double, médical et chirurgical.

Après la gastroentéro-anastomose, on maintiendra les malades pendant plusieurs mois à un régime lacto-végétarien sévère. Souvent les écarts de régime sont à la base de la production de l'ulcère peptique.

En outre, puisque le malade atteint de sténose pylorique d'origine ulcéreuse, à tendance nette à faire un ulcère de la bouche néoformée il ne faudra pas au cours de l'intervention favoriser cette prédisposition par des manœuvres traumatisantes. Pas de

tiraillements sur la muqueuse avec des pinces brutales. On proscrira le fil non résorbable lin ou soie, qui pour certains jouerait un rôle dans la production de cette complication (GOSSET, PAUCHET).

Le bouton de Jaboulay n'est plus employé fréquemment dans les cas de sténose pylorique ulcéreuse. Il est préférable dans ces cas où rien ne presse d'établir une large bouche anastomotique.

Le traitement chirurgical de l'ulcère peptique varie en difficulté et en gravité, suivant que l'ulcère est simple ou compliqué, ou encore que l'état général du malade est bon ou déficient.

Dans le cas où le malade se présente avec un état de cachexie avancée, trop affaibli pour supporter une intervention un peu sérieuse, on se contentera d'une intervention palliative, d'une nouvelle anastomose gastro-jéjunale faite entre la portion de l'estomac sus-jacente à l'ulcère et la portion du jéjunum sous-jacente à celui-ci. Cette intervention sera complétée par une jéjuno-jéjunostomie de décharge destinée à évacuer le segment duodénal de l'intestin.

Certains auteurs, ont dans ces cas préconisé la jéjunostomie qui leur aurait donné des succès (LERICHE, QUENU, MIKULICZ) mais c'est une intervention dont les risques sont grands et les inconvénients très graves.

Ces interventions palliatives ne seront, si l'état général s'améliore, que temporaires. Dans le 2^e temps, on pratiquera la résection combinée à la dégastroentérostomie ou la gastropyloréctomie.

La complication la plus fréquente, celle qui est particulière à l'ulcère peptique c'est la fistule jéjuno-colique. En général, son tableau clinique est caractéristique. On observe un syndrome bien décrit par LYON et MOREAU en 1909. C'est d'abord la diarrhée, syndrome constant prenant le caractère de diarrhée lientérique, postprandiale, tardive. Le malade rend des selles abondantes, liquides, de couleur blanchâtre et d'aspect grasseux pouvant parfois donner la réaction de Weber positive. Elle est accompagnée de vomissements bilieux ou alimentaires mais caractérisés par leur odeur infecte, fécaloïde. L'image radiologique et pathognomonique. On voit apparaître rapidement après ingestion, la baryte au niveaux du côlon descendant et du transverse. Ces fistules ont été excellemment décrites par LOEY en 1921 dans sa thèse.

Dans ces cas, le traitement est complexe, la difficulté grande en raison du bloc d'adhérences plus étendu. On court les risques de blesser les vaisseaux du côlon avec gangrène consécutive. La dissection doit être méthodique, s'adresser d'abord au côlon dont on libérera et suturera la brèche en rejetant en haut sous des compresses le segment jéjuno-colique. Parfois étant donnée l'étendue des lésions, on devra faire une résection colique segmentaire, puis on pratiquera une dégastroentérostomie combinée à une résection jéjuno-gastrique plus ou moins étendue, suivant l'état des lésions et la résistance du sujet. Si ces malades sont cachectiques il faudra se contenter

d'une intervention palliative telle que mise à la peau du côlon pour pratiquer plus tard la cure radicale de la fistule.

Ce sont des intervention très longues et pénibles et dont la mortalité est très élevée. Cependant seul le traitement chirurgical peut guérir ces malades.

Dans l'ulcère peptique non compliqué, le traitement chirurgical varie suivant les auteurs. Le premier temps c'est la dégastroentérostomisation combinée à une résection plus ou moins étendue jéjuno-gastrique. On terminera par le rétablissement de la continuité gastro-intestinale.

Pour DELORE, l'intervention présente deux temps essentiels.

Le premier, la résection de l'ulcère, souvent difficile en raison des adhérences intimes qui unissent le côlon, le mésocôlon, le grand épiploon avec la bouche ulcérée. Le ventre ouvert, on extériorise le bloc d'adhérences, puis on libère le côlon de son méso, l'angle jéjunal anastomosé et la poche gastrique transmésocolique. Cette libération doit être menée très prudemment au doigt nu si possible. Elle permet alors l'exploration minutieuse de l'orifice de son calibre, de ses bords, des premiers centimètres du jéjunum. L'induration reconnue et ses limites précisées, on peut alors, après protection du champ opératoire, alors que l'ulcère est gastro-jéjunal, ouvrir l'estomac au niveau de la bouche et réséquer les bords stomacaux de l'ulcère. Puis se porter sur l'intestin et exciser complètement la lésion et la muqueuse

voisine en conservant le plus souvent une bande d'adhérences gastro-jéjunales, ce qui favorisera ensuite la réfection. On passera au deuxième temps qui est la réparation de la bouche. On commencera par réduire à l'aide d'une suture appropriée des bords de l'intestin, la brèche jéjunale. Puis après création d'un orifice à peu près circulaire, on pourra par 3 plans de catgut rétablir la continuité intestinale dans la partie de la circonférence interrompue. Si la section intestinale est totale le mieux selon DELORE est d'implanter le bout efférent sectionné dans l'orifice gastrique et le bout afférent dans le bout efférent. En somme, gastroentérostomie en Y de César Roux.

On a reproché à ce procédé d'être incomplet, surtout à cause du peu d'étendue de la résection gastrique, ce qui permettrait les récidives. Cependant, DELORE rapporte 25 cas de guérisons par cette méthode.

En outre CUNEO à Paris, LAGOUTTE à Lyon, ont attaqué le procédé en Y qui prétendent-ils prédisposer aux récidives, surtout parce que la branche gauche de l'Y reçoit directement le suc gastrique acide et ne reçoit rien de l'apport duodénal alcalin, sa muqueuse est laissée ainsi sans défense contre le processus ulcératif du suc gastrique. Pourtant, l'expérimentation à ce sujet est contradictoire. Ainsi EXALTO soumettant par gastroentérostomie en Y, l'anse jéjunale d'un chien à l'action du chyme gastrique hyperacide réussit à provoquer l'apparition de l'ulcère peptique jéjunal. Malheureusement, WILKIE sur le chat, BORTZKY sur le chien, ont obtenu des

résultats contradictoires. Enfin, dans ses recherches cliniques CLERMONT aboutit à des conclusions opposées.

Les chirurgiens, pour se mettre à l'abri des récidives, ont combiné à la dégastroentérostomisation de larges résections gastriques (PAUCHET, HARTMANN, JUDINE).

Ils pratiquent la gastropyloréctomie suivie du rétablissement de la continuité digestive par suture, bout à bout du jéjunum, et gastroentérostomie complémentaires type Polya, Billroth II, en ayant soin selon les cas de pratiquer une jéjuno-jéjunostomie de décharge.

La résection gastrique étendue ne semble cependant pas mettre à l'abri des récidives. On a vu des accidents de ce genre apparaître après gastrectomie ou gastropyloréctomie. LOENHARD (BAMBERG) rapporte en mars 1929 un cas de récidive à distance des sutures dans le moignon gastrique après BILLROTH II. Ces ulcérations secondaires apparaissent quels que soient les procédés employés. FRIEDMANN, STARLINGER ont constaté le fait après PEAN, POLYA et BILLROTH II. Cependant il résulte des dernières statistiques, que les récidives sont beaucoup moins nombreuses après gastrectomie étendue et de nombreux auteurs préconisent actuellement ce procédé.

Toutes ces méthodes opératoires qui se sont améliorées grandement, restent pourtant empiriques puisque, ni les traumatismes opératoires, ni les techniques spéciales ne donnent d'explications suffisantes de l'apparition de l'ulcère peptique. Il faut pen-

ser, qu'il existe une cause plus générale à savoir : comme le préconisent la plupart des auteurs modernes, la persistance malgré les opérations d'une diathèse ulcéreuse qui crée le second ulcère comme elle a créé le premier. Parfois cette affection peut aboutir à la guérison après une ou deux interventions. Parfois elle est rebelle, et persiste malgré de nombreuses opérations qui ont pour but d'enlever aussi précocement et largement que possible la muqueuse malade. C'est alors que l'on rencontre les ulcères à répétition, signature du processus.

Il faudrait, arriver à déterminer la cause de la maladie ulcéreuse qui reste encore pleine d'obscurité.

Dans l'impossibilité où nous sommes de réunir dans cette thèse toutes les nombreuses observations d'ulcères peptiques traités par la dégastro-entérostomie nous rapporterons, à titre d'exemple, le cas typique de GELAS.

OBSERVATION

GELAS (Thèse de Lyon 1920)

W. Jules, 59 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en juillet 1914 pour troubles gastriques. Rien à signaler dans ses antécédents. Vient pour douleurs gastriques survenant irrégulièrement après les repas, calmées par le vomissement, sans hématemèses, datant de janvier 1914, ayant progressivement augmenté depuis. Amaigrissement de 10 kilogrammes.

A l'examen, malade cachectique, estomac dilaté,

ondes péristaltiques, douleur à la pression de l'épigastre, perception d'une masse dans la région pylorique. Examen radioscopique: estomac abaissé, légèrement dilaté, s'évacuant mal.

On intervient le 6 juillet 1914, avec le diagnostic d'ulcère pylorique. On trouve en effet un gros ulcère pylorique adhérent par sa face postérieure au pancréas. Gastro-entérostomie postérieure trans-mécolique à la suture à trois plans de catgut.

Suites normales.

Jusqu'en août 1915, amélioration considérable. Le malade va bien, mange avec appétit, engraisse, ne souffre plus. A cette date, un an après la première intervention, réapparition de symptômes douloureux absolument semblables à ceux qui existaient avant l'intervention avec, en plus, une sensation de faim douloureuse sur laquelle le malade insiste longuement; les douleurs apparaissent 4 à 5 heures après le repas et sont suivies de vomissements alimentaires abondants sans hématomèses. Amaigrissement rapide.

En mai 1917, devant les douleurs plus aiguës, l'affaiblissement plus marqué, le malade entre à nouveau dans le service de M. DELORE. L'examen ne montre pas de signes physiques de sténose. La radioscopie n'est pas pratiquée.

On porte le diagnostic d'ulcère du jéjunum et on intervient à nouveau le 11 juin 1917: on trouve un ulcère situé exactement sur la bouche de gastroentérostomie qui reste perméable. Cet ulcère rétrécit considérablement le jéjunum. On résèque l'ulcère, au centre duquel se trouve la bouche anastomotique. Au niveau du point réséqué, il ne reste de l'intestin, qu'un bout de muqueuse large comme un doigt, long de deux centimètres, appartenant au mésentère; on suture les deux demi-circonférences mésentériques de l'intestin entre elles, et l'orifice large

que forme les deux circonférences du bord libre est suturé à l'orifice gastrique agrandi. Suture au catgut à trois plans.

Suites simples. Le malade sort guéri le 15 juillet 1917.

CHAPITRE IV

Conclusions

La dégastroentérostomie est une intervention qui a pour but la suppression d'une bouche gastro-jéjunale, inutile ou compliquée. Sa pratique se justifie dans plusieurs cas :

I. Quand on a créé une anastomose gastro-jéjunale, sans raison, par erreur, il faut la supprimer car elle crée une maladie nouvelle. Pour éviter cette erreur, examiner avec soin les malades gastralgiques et appuyer son diagnostic sur la radiologie et sur l'exploration gastro-duodénale le ventre ouvert.

La suppression de l'anastomose dans ces cas simples peut s'effectuer suivant deux procédés de valeur différente: Le procédé d'ANDREWS qui a l'inconvénient d'abandonner, accolé au grêle un manchon de substance gastrique. Le procédé de BALFOUR actuellement employé par la majorité des auteurs avec quelques petites modifications.

Il faut toutefois se rappeler qu'il est plus facile de créer une anastomose que de la supprimer.

II. Quand l'anastomose gastro-jéjunale s'est compliquée d'occlusion post opératoire, de circulus viciosus ou d'ulcère peptique.

a) Dans le cas d'occlusion post-opératoire ou de *circulus viciosus*, l'absence de perméabilité pylorique obligera après suppression de l'anastomose de rétablir la continuité digestive par une autre gastroentérostomie simple ou en Y, ou encore par un Pean, un polya, un Billroth II. Le chirurgien réglera sa conduite suivant l'état de l'anastomose du duodénum et de l'estomac.

b) Dans le cas d'ulcère peptique, à moins que l'état du sujet ne s'y oppose, on pratiquera la dégastroentérostomie combinée à la résection large de l'ulcère. Il est nécessaire de réséquer le plus de muqueuse gastrique possible, pour mettre le malade à l'abri des récurrences.

Le 6 Décembre 1930,

Vu, le Président,

Docteur E. CABANES

Vu, le Doyen,

Docteur LEBLANC

Vu et permis d'imprimer,

Alger, le 9 Décembre 1930,

Le Recteur,

TAILLART

Bibliographie

- ALAMARTINE et JABOULAY. — *Lyon Médical* 1908.
- APOSTOLOS. — Le cul de sac sous-anastomatique inter-jéjuno pylorique consécutive à la gastroentérostomie, après exclusion du pylore. *Thèse Paris* 1920.
- ANDREW. — Suppression de la gastro-entérostomie trans-Amer Surg. Assoc. 1910.
- ANSCHUTZ. — Uber die Darmerörungen, nach Magel operationen Medizin und chirurgie Ienna 1906.
- BALFOUR. — Les séquelles de la G. E. les indications pour supprimer l'anastomose et la technique de l'opération. *Annale of Surgery* 1925.
- BATTLE. — *Lancet* 1906.
- BRUTT. — Beitrage, z. Klin. Chir. 1920.
- BERARD. — *Lyon Médical* 1908.
- BERARD. — Du fonctionnement de la G. E. dans les affections de l'estomac sans obstacle pylorique. *Lyon Médical* 1908.
- BILLETER. — *Klin. Chir.* 1914.
- BORSEKY. — *Klin. Chir. Tublingen* 1908.
- BRAUN. — Beitr. z. Klin. Chir. 1914.
- BRYAND. — Récurrent intestinal hernia following G. E. Surgery Gynécologie obstetrique. Chicago. Jan. 1920.
- CALABRENNE. — Valore della G. E. posteriore inferiore alla Von Hacker. *Réforma médica* 1908.

- CADÉ. — Thèse de Lyon 1899.
- CARLE, FANTINO. — Arch. f. Klin Chir. Berlin 1900.
- CANNON et BLAKE. — G. E. et pyloroplasty annals of Surgery 1905.
- CHAVANNAZ. — Dilatation aiguë de l'estomac après G. E. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 3 janv. 1919.
- CONSTANTIN. — Note sur l'insuffisance fonctionnelle du pylore dans l'ulcère du duodénum. *Jour. de radio et d'électro*.
- Robert DAHL. — Etude sur l'ulcère peptique jéjunal post-opératoire. Stockholm 1920.
- DELBET. — Expérience sur la G. E. Soc. de Chir. de Paris 1907.
- DELBET. — *Paris Médical* 1911.
- DELORE et GUÉRIN. — Ulcère peptique du jéjunum. *Lyon Médical* 1918.
- DELORE et CONVERT. — De l'ulcère peptique du jéjunum. *Rev. de chir.* 1920.
- DELORE, MICHON et POLOSSON. — De l'oblitération cicatricielle des bouches de G. E. — *Rev. de Chir.* Paris 1924.
- DELORE et CREYSSEL. — Des ulcères récidivants post-opératoires. *Journ. de Chir.* 1925.
- DENECHAU. — *Thèse de Paris* 1907.
- DENOUAL. — *Thèse Lyon* 1909.
- DOBROTWSKY. — Thèse de Saint-Pétersbourg, 1909.
- DRUMMOND. — Brit J. of Surg. 1923.
- Pierre DUVAL et JEAN CHARLES ROUX. — Une cause mécongue des troubles fonctionnels après G. E. — La sténose incomplète chronique sous-vatérienne préexistante du duodénum. *Bull. et Mém. de la Société de chir. de Paris* 1924.
- DUVAL et GATTELIER. — Les sténoses chroniques sous-vatériennes du duodénum par malformation congénitale du péritoine,

- DUVIVIER. — La G. E. au bouton de Murphy. Thèse de Paris 1895.
- EDINGTON. — Glasgow Med. Journ. Juin 1907.
- EISELBERG. — Premier Cong. de la Société Intern. de chir. Bruxelles 1905.
- EXALTO. — Ulcère du jéjunum après G. E.
- FARØY. — Résultat du traitement chirurgical de 69 cas de cancer et d'ulcéro-cancers gastriques.
- FERRARI. — *Clinica chirurgica* 1902.
- FEDOROFF. — 6° Cong. des chirurgiens Russes.
- FLEROV. — Zur Frage der degastroentérostomisation.
- GALPERN. — Resultate der Magen operationen Wegen ulcus. 1908-1922. Arch. für Klin. Chir. 1923.
- GELAS. — Thèse de Lyon 1921.
- GOSSET. — *Rev. de Chir.* Paris 1906.
- GOSSET. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* 1906.
- GRAY. — Motor functions of the Stomach Lancet 1908.
- GUIARD. — Thèse de Paris 1914-15.
- HABERER. — Sur l'opération radicale des ulcères peptiques jéjunaux après gastro-entérostomie. Arch. für Klin. Chir. 1913.
- HABERER. — Des ulcères peptiques jéjunaux. Nouvelle clinique 1907.
- HADEN et Offl. — The causes of certain acute symptoms following G. E. *Bull. of The John hopkins Hospital Baltimore*, Janvier 1913.
- HARTMANN et SOUPAULT. — Les résultats éloignés de la G.E. *Rev. de Chir. Paris*. Février 1899.
- HARTMANN. — Fonctionnement de la bouche de G. E. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*. Oct. 1921.
- HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac et du duodénum. Paris 1928.
- HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac. *Bruxelles Médical* 1927.

- HERTZ. — Brit. Méd. J. 1908.
- HILAROWICZ. — Zue Frage des Sogenannten Degastroentérostomisation. Zentralbl. f. Chir. 1929.
- JANSEN. — Einige Bemerkungen zur dégastroentérostomie. Arch. f. Klin. chir. 1928.
- JABOULAY. — *Lyon chirurgical*.
- JUDINE. — *Lyon chirurgical*, novembre-décembre 1930.
- LARRIERU. — Complications après G. E. Thèse de Bordeaux 1920.
- LAMARE. — G. E. *Gas. des Hôpitaux* 1928.
- LAUENSTEIN. — Deuxième congrès de chir. Allemande.
- LEGUEU. — *Gas. des Hôp.* 1895.
- LENCLOS. — Des occlusions intestinales post-opératoires. Thèse de Nancy 1899.
- LERICHE. — Résection de l'estomac pour cancer. Thèse de Lyon 1907.
- LEROY. — De la G. E. Thèse de Paris 1902.
- LOEWY. — Les fistules gastro-coliques. Thèse de Paris 1921.
- LUCKE. — Deutsche zeit schrift. Für chir. 1887.
- MATROLI. — La G. E. Rome 1903.
- MAYO. — *Annals of Surgery* 1903.
- MAYO et ROBSON. — *Annals of Surgery* 1902.
- MAHIEU et SAVIGNAC. — Troubles intestinaux consécutifs à la G. E.
- METRAUX. — Les suites éloignées de la G. E. dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum. Lausanne 1920.
- MONTPROFIT. — 1885. Soc. de chir.
— La G. E. Paris 1903.
- MONOD et VANVERTS. — Technique opératoire.
- MOREAU et MURDOCH. — Arch. franco-belges de chir. Bruxelles 1924.
- MOYNIHAN. — *Lancet* 1906.
- NEUWEILER. — Cong. de chir. 1912.

NOVÉ-JOSSERAND. — Lyon méd. 1897.

PAPADOPOULOS. — Thèse de Paris 1922.

PAUCHET. — Comment rétablir la continuité du jéjunum.
La Clinique 1903.

— La dégastroentérostomation. *Pres. Méd.* 29 juillet 1925.

— La gastrectomie. Que faire aux anciens gastroentérostomisés non guéris. *La Clinique*, oct. 1928.

— et TYERNY. — La G. E.

— la G. E. Technique, indications, dangers.

— Les inconvénients de la G. E. U. M. F. I. A. 1925.

PETIT. — Rétention du bouton de Jaboulay dans la G. E.
Bull. officiel de la Soc. Méd. des Praticiens, nov. 1926.

— Gastrotomie après double G. E. *Bull. Off. de la Soc. Méd. des Praticiens*. Nov. 1927.

PIREAUX. — Complication de la G. E. *Bruxelles Méd.* 1927.

QUENU. — Soc. de Chir. Paris 1885.

— Arch. d'obst. et Gyn. Paris 1894.

RICARD et CHEVRIER. — *Gaz. des Hôp.* 1905.

RICARD et LAUNAY. — Technique opératoire 1905.

RIGOLLOT et SIMONOT. — Thèse de Paris 1908.

ROUX. — *Rev. de Gynécologie*, 1897.

ROUX et BOURGES. — La G. E. Œuvre med. chir. Paris 1902.

SHEARER et PICFORD. — Intussusception de l'intestin grêle dans l'estomac à travers la bouche de G. E. *Annals of Surgery*. Avril 1928.

SUEINNEC. — Le bouton de Jaboulay en chirurgie gastrique. Thèse de Paris 1927.

TEMOIN. — Chir. gastrique. *Bull. de l'Acad. des Médecins* 1917, p. 75.

THALHEIMER. — *Journ. de chir.* 1927.

TERRIER et HARTMANN. — Chir. de l'estomac 1899.

TUFFIER. — Chirurgie de l'estomac 1907.

VANDEPUT. — Mécanisme du fonctionnement de l'estomac chez les gastroentérostomisés. *Bruxelles méd.* 1907.

TUFFIER. — Chirurgie de l'estomac 1907.

VON EISELSBERG. — Cong. Int. de chir. 1905.

VON HACKER. — Cong. Allemand. 1900.

WEBB. — Dé gastro-entérostomie. Etude clinique exp. Surgery gyn. and Obstetr. 1921. Vol. 33, p. 681-686.

YOVANOWITCH. — Les échecs de la G. E. 37^e Cong. de langue Française de chir. 1928.
